

## **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025 CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NO HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA**

**CONSIDERANDO** o Contrato de Gestão celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e o Hospital do Tricentenário, que tem por objeto a gestão do Hospital Regional Emília Câmara;

**CONSIDERANDO** a necessidade de assegurar a continuidade da assistência médica por meio de empresas especializadas, respeitando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência;

O Hospital do Tricentenário- HTRI, Organização Social de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 10.583.920/0001-33, com sede à Rua Dr. Farias Neves Sobrinho, nº 232, Bairro Novo, Olinda/PE, torna público o presente **EDITAL DE CREDENCIAMENTO**, visando à contratação de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos especializados, nas condições estabelecidas neste instrumento.

### **1. DO OBJETO**

1.1 O presente edital tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas, com atuação na área médica, para prestação de serviços de assistência à saúde no âmbito do **Hospital Regional Emília Câmara**, nas especialidades abaixo relacionadas:

- CIRURGIA GERAL
- NEONATOLOGIA
- OBSTETRÍCIA
- ORTOPEDIA
- PEDIATRIA
- MEDICINA INTENSIVA – UTI ADULTO
- MEDICINA INTENSIVA – UTI PEDIÁTRICA

1.2 Os serviços serão executados por regime de plantão (24h), conforme escala organizada pela gestão do hospital, mediante adesão aos valores previamente fixados pelo HTRI (ver Tabela de Valores – Anexo I).

1.3 O presente credenciamento contempla, adicionalmente, a contratação de serviços voltados à realização de evolução médica, nas mesmas especialidades mencionadas, conforme escala definida pela gestão e valores próprios estabelecidos pelo HTRI, dispostos também no Anexo I.

## **2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

2.1 Poderão se credenciar pessoas jurídicas regularmente constituídas, cujo objeto social contemple a prestação de serviços médicos, com registro ativo no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco – CRM/PE.

2.2 A participação neste credenciamento está condicionada à comprovação de regularidade jurídica, fiscal, trabalhista e técnica, nos termos exigidos por este edital.

## **3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**

Para fins de credenciamento, deverão ser apresentados:

3.1 Solicitação formal de credenciamento, assinada pelo representante legal da empresa, conforme disposto no Anexo II;

3.2 Cópia do CNPJ;

3.3 Contrato Social e suas alterações;

3.4 Comprovante de inscrição da PJ no CRM/PE;

3.5 Certidões de regularidade junto ao FGTS, Receita Federal, Fazenda Estadual e Municipal;

3.6 Comprovante de endereço da empresa;

3.7 Conta Bancária de Titularidade da PJ;

3.8 Cópia de documento de identificação do representante legal e respectiva procuração, se for o caso;

3.9 Documentação comprobatória de qualificação técnica dos profissionais envolvidos, incluindo:

- Cópia do diploma de graduação em Medicina;
- Cópia do certificado de especialização na área para a qual o profissional está se credenciando;
- Cópia do registro ativo no Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CRM/PE) do (s) médico (s) sócio (s);
- Comprovação da qualificação técnica da empresa, mediante apresentação dos currículos atualizados dos médicos vinculados, contendo formação, experiências anteriores e áreas de atuação profissional.

#### **4. DO ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO**

4.1 Os documentos deverão ser enviados, em formato PDF, digitalizados e assinados, exclusivamente para o e-mail: [selecao@hrec.org.br](mailto:selecao@hrec.org.br)

4.2 O setor responsável pelo recebimento e análise da documentação será o Setor de Contratos do Hospital Regional Emília Câmara

#### **5. DA CONTRATAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

5.1 O prazo da prestação de serviços será de 12 (doze) meses, prorrogável conforme conveniência da administração.

5.2 Os serviços serão executados conforme escala determinada pela gestão da unidade, que organizará os turnos e locais de atuação conforme necessidade.

5.3 O pagamento será efetuado mensalmente, mediante comprovação dos serviços realizados e atestados pela Coordenação Médica da unidade.

## 6. DOS VALORES

6.1 Os valores para execução dos plantões serão os seguintes (Anexo I):

## 7. DO RESULTADO E DA HOMOLOGAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

7.1 Após o recebimento da documentação e a análise de conformidade com os requisitos estabelecidos neste edital, o Hospital Regional Emília Câmara publicará a lista das pessoas jurídicas habilitadas para o credenciamento no site oficial ou em meio eletrônico adequado, no prazo de até 8 dias úteis após o recebimento de todos os documentos.

7.2 A publicação da lista de credenciados será considerada como a homologação do processo de credenciamento, e as empresas que atenderem a todos os requisitos passarão a integrar o banco de prestadores de serviços médicos especializados do Hospital Regional Emília Câmara.

7.3 O Hospital Regional Emília Câmara se reserva o direito de desclassificar ou não habilitar empresas que não atendam a todas as exigências deste edital, sendo informadas formalmente da decisão e tendo o prazo de 03 dias úteis para apresentar recurso ou regularizar a documentação, quando for o caso.

7.4 A homologação do resultado do credenciamento será publicada no site oficial do Hospital Regional Emília Câmara.

7.5 O resultado do credenciamento não implica em contratação imediata, conforme disposto em cláusula específica deste edital, mas a inclusão no banco de prestadores de serviços habilitados, que poderão ser convocados conforme a necessidade do Hospital Regional Emília Câmara.

## 8. DO CREDENCIAMENTO E DA CONTRATAÇÃO

8.1. O presente credenciamento tem por objetivo a formação de um banco de prestadores de serviços médicos especializados, **não implicando em contratação imediata.**

8.2 A inclusão no processo de credenciamento **não garante a contratação ou a convocação automática dos credenciados**, que ocorrerá conforme a demanda de serviços do Hospital Regional Emília Câmara, respeitando as necessidades da unidade e as escalas determinadas pela gestão do hospital.

8.3 A contratação será realizada exclusivamente quando houver a necessidade de cobertura de plantões e atendimentos médicos, observando-se a disponibilidade dos profissionais credenciados e o atendimento aos requisitos previstos neste edital.

8.4 A gestão do hospital se reserva o direito de convocar os prestadores de serviços conforme a conveniência e a necessidade administrativa, podendo, a qualquer momento, realizar novas seleções dentro do banco de credenciados, de acordo com os critérios e prioridades estabelecidos pela unidade.

## **9. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

9.1 A contratada deverá disponibilizar médicos habilitados, garantir a reposição imediata de faltas e cumprir normas, protocolos e rotinas institucionais.

9.2 A contratada será responsável por todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias, civis e fiscais relativas à execução dos serviços.

9.3 As partes comprometem-se a cumprir a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), especialmente quanto ao tratamento de dados pessoais dos profissionais e pacientes.

9.4 A contratada declara que cumpre e cumprirá integralmente a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013), abstendo-se de praticar atos lesivos à administração pública.

## **10. DA INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO**

10.1 Este credenciamento não gera vínculo empregatício com os profissionais envolvidos, tratando-se de contrato de natureza cível e empresarial.

---

## 11. DA RESCISÃO

11.1 O contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo por conveniência da administração, descumprimento contratual ou extinção do Contrato de Gestão.

## 12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 O presente edital de credenciamento tem validade enquanto vigente o Contrato de Gestão com a Secretaria Estadual de Saúde e poderá ser revogado por interesse da administração.

12.2 As dúvidas poderão ser encaminhadas ao e-mail: [selecao@hrec.org.br](mailto:selecao@hrec.org.br)

---

**Afogados da Ingazeira, 06 de junho de 2025.**  
**Diretor Geral – HREC**

**ANEXO I - TABELA DE VALORES PARA PLANTÕES (24H) MÉDICOS NAS ESPECIALIDADES CREDENCIADAS**

| ESPECIALIDADE                      | Segunda a quinta-feira (Plantão 24h) | Sexta-feira (Plantão 24h) | Sábado e domingo (Plantão 24h) |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>Cirurgia Geral</b>              | R\$3.243,52                          | R\$3.392,53               | R\$3.541,54                    |
| <b>Intensivista UTI Adulto</b>     | R\$3.243,52                          | R\$3.392,53               | R\$3.541,54                    |
| <b>Intensivista UTI Pediátrica</b> | R\$3.243,52                          | R\$3.392,53               | R\$3.541,54                    |
| <b>Neonatologia</b>                | R\$3.243,52                          | R\$3.392,53               | R\$3.541,54                    |
| <b>Obstetrícia</b>                 | R\$3.243,52                          | R\$3.392,53               | R\$3.541,54                    |
| <b>Ortopedia</b>                   | R\$3.243,52                          | R\$3.392,53               | R\$3.541,54                    |
| <b>Pediatria</b>                   | R\$3.243,52                          | R\$3.392,53               | R\$3.541,54                    |

**HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA**

Avenida Manoel Virgínio Sobrinho, S/N – Bairro Padre Pedro Pereira, Afogados da Ingazeira-PE

CEP: 56.800-000, CNPJ: 10.583.920/0010-24

Site institucional: <http://www.hrec.org.br>, E-mail seleção: [selecao@hrec.org.br](mailto:selecao@hrec.org.br)

## ANEXO II - MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

**Hospital Regional Emília Câmara - Hospital do Tricentenário**

**CNPJ: 10.583.920/0010-24**

**Endereço: Av. Manoel Virginio Sobrinho, km 1 PE 320, s/n – Padre Pedro Pereira – Afogados da Ingazeira**

**E-mail: [selecao@hrec.org.br](mailto:selecao@hrec.org.br)**

**À**

**Hospital Regional Emília Câmara**

**Assunto:** Solicitação de Credenciamento para Prestação de Serviços Médicos no Hospital Regional Emília Câmara

A [nome da empresa], inscrita no CNPJ sob o nº [número do CNPJ], com sede na [endereço completo], vem, por meio desta, solicitar o credenciamento junto ao Hospital Regional Emília Câmara, para a prestação de serviços médicos nas especialidades de [especificar as especialidades para as quais está solicitando o credenciamento] no Hospital Regional Emília Câmara.

Declaramos que a empresa e seus profissionais atendem a todos os requisitos legais e técnicos exigidos pelo Edital de Credenciamento nº XX/2025, e que os documentos comprobatórios necessários foram enviados conforme estabelecido.

Anexamos à presente solicitação a documentação completa conforme as exigências do Edital.

Certos de contar com a atenção de V.Sa., aguardamos a confirmação do nosso credenciamento.

Atenciosamente,

[Nome do responsável]

[Cargo do responsável]

[Assinatura do responsável]

[Telefone de contato]

[E-mail de contato]

**HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA**

Avenida Manoel Virginio Sobrinho, S/N – Bairro Padre Pedro Pereira, Afogados da Ingazeira-PE

CEP: 56.800-000, CNPJ: 10.583.920/0010-24

Site institucional: <http://www.hrec.org.br>, E-mail seleção: [selecao@hrec.org.br](mailto:selecao@hrec.org.br)