

ERRATA AO TERMO DE REFERÊNCIA Nº 037/2023

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE ESPÍRITO-SANTENSE, pessoa jurídica de direito privado de utilidade pública, inscrita no CNPJ sob o n.º 28.127.926/0003-23, com endereço na Rua Desembargador Jose Vicente, nº 110, Forte São João, Vitória/ES, CEP 29.017-090, que atua como gestora do Hospital Estadual de Urgência e Emergência, vem, respeitosamente, nos atos de suas atribuições, publicar o seguinte:

- **ONDE SE LÊ:**

2.1 ESPECIFICAÇÕES DA CONTRATAÇÃO

(...)

2.1.5 Para prestação desse serviço será exigido a comprovação técnica com apresentação de Registro de Qualificação de Especialista (RQE) emitido pelo CRM/ES, além do título de especialista em Cirurgia Plástica, com Certificado de Residência Médica nessa especialidade, emitido/reconhecido pelo MEC.

- **PASSA-SE A LER**

2.1 ESPECIFICAÇÕES DA CONTRATAÇÃO

(...)

2.1.5 Para prestação desse serviço será exigido a comprovação técnica com apresentação de Registro de Qualificação de Especialista (RQE) emitido pelo CRM do Estado correspondente, além do título de especialista em Cirurgia Plástica, com Certificado de Residência Médica nessa especialidade, emitido/reconhecido pelo MEC.

- **No item 5.2 – Da Proposta, INCLUA-SE:**

5.2.8 Caso a proposta vencedora seja de empresa com registro no Conselho Regional de Medicina em Estado diverso ao local da prestação de serviço, deverá, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, a contar da assinatura do contrato, apresentar documentação comprobatória referente ao processo de inscrição da empresa e seus respectivos profissionais junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, sob pena de rescisão contratual.

- **ONDE SE LÊ:**

8.2 Qualificação Técnica

(...)

V. Certidão negativa de débitos junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM/ES;

VI. Relação dos profissionais médicos que executarão as atividades com os respectivos documentos:

- Carteira do CRM/ES,

- Certidão de Infração Ética (NADA CONSTA) emitida pelo CRM/ES;

- Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no CRM/ES;

- Título de Especialista pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões e/ou Certificado de Residência Médica em Cirurgia Geral validado pelo MEC.

- Quitação da anuidade do CRM/ES 2023;

- Carteira/certificados de vacinas obrigatórias que serão conferidas individualmente/solicitadas à admissão (COVID-19, Hep B, dT, Tríplice viral, Influenza, Febre Amarela).

VII. No ato da proposta, apresentar documentação e vínculo de profissionais que efetivamente exercerão atividades no hospital, em número de profissionais compatíveis com a demanda a ser contratada (Mínimo de 04 cirurgiões, devidamente qualificados);

- **PASSA-SE A LER**

8.2 Qualificação Técnica

(...)

V. Certidão negativa de débitos junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM;

VI. Relação dos profissionais médicos que executarão as atividades com os respectivos documentos:

- Carteira do CRM;

- Certidão de Infração Ética (NADA CONSTA) emitida pelo CRM;

- Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no CRM;

- Título de Especialista pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões e/ou Certificado de Residência Médica em Cirurgia Geral validado pelo MEC.

- Quitação da anuidade do CRM 2023;

- Carteira/certificados de vacinas obrigatórias que serão conferidas individualmente/solicitadas à admissão (COVID-19, Hep B, dT, Tríplice viral, Influenza, Febre Amarela).

VII. No ato da proposta, apresentar documentação e vínculo de profissionais que efetivamente exercerão atividades no hospital, em número de profissionais compatíveis com a demanda a ser contratada (Mínimo de 04 cirurgiões, devidamente qualificados), bem como declaração constante no **ANEXO II.I** deste Termo de Referência, caso a empresa e profissional possuam registro em Comarca diversa do Estado do Espírito Santo;

- **INCLUA-SE**

ANEXO II.I
(IMPRESSÃO EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO PROFISSIONAL

Eu, [Nome Completo do Médico], portador(a) do CRM [Número e estado do CRM] e CPF [Número do CPF], vinculado à empresa [Nome da Empresa], CNPJ [Número do CNPJ], declaro para os devidos fins que:

1. Estou ciente e de acordo com todas as exigências e condições estabelecidas no Termo de Referência e comprometo-me a estar fisicamente presente no estado do Espírito Santo e disponível para exercer minhas atividades médicas em conformidade com o Termo de Referência ao qual a empresa [Nome da Empresa], CNPJ [Número do CNPJ] que estou vinculado, está concorrendo.

2. Asseguro que cumpro todas as exigências necessárias para a prestação dos serviços médicos contratados, conforme especificado no Termo de Referência, incluindo, mas não se limitando a, qualificações profissionais, experiência e competência na área médica requerida.

3. Comprometo-me a realizar todas as ações necessárias para garantir minha inscrição e regularidade junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo (CRM-ES), de modo a exercer legalmente a medicina no estado, conforme as normas e regulamentos aplicáveis.

Estou ciente de que esta declaração é um compromisso formal de minha parte e que quaisquer informações falsas ou enganosas podem resultar em responsabilidades legais.

Por ser verdade e dou fé, assino a presente declaração.

[Local], [Data].

[Assinatura do Médico]
[Nome Completo do Médico]
CRM [Número e estado do CRM]

Vitória/ES, 30 de novembro de 2023.