



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2019

### DEFENSORES DATIVOS

Processo Administrativo nº 217/2019

Protocolo 017305/2019

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, entidade de fiscalização da profissão médica, instituída pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, com sede na Rua Victório Viezzer, 84, CEP 80.810-340, Curitiba-PR, por intermédio de seu representante legal, neste ato representado pelo seu Presidente, Dr. **ROBERTO ISSAMU YOSIDA**, médico regularmente inscrito no CRM-PR sob nº 10.063, realizará **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 04/2019**, para o credenciamento de Defensores Dativos, nas condições abaixo especificadas de interesse do CRM-PR.

#### 1. DO OBJETO

1.1. O presente edital tem por objeto o cadastramento e seleção de defensores dativos que irão compor o quadro de defensores deste Conselho para atuação nos Processos Ético-Profissionais e nos Processos Administrativos, conforme designação específica, mediante nomeação da Corregedoria e/ou da Presidência deste CRM-PR.

1.2. Pelo princípio da isonomia, a lista homologada será utilizada pelo Corregedor-Geral do CRM-PR, em sistema de ordem de inscrição, para que todos tenham a possibilidade de exercer a função dentro das possibilidades e necessidades do Departamento de Processos e Sindicâncias.

1.3. A entrega do Requerimento preenchido juntamente com a documentação solicitada implica em manifesto interesse em participar do processo de credenciamento, vinculando-se os interessados que obtiveram a sua inscrição homologada a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus anexos, bem como a perfeita execução dos serviços objeto deste credenciamento.

#### 2. DA DISPONIBILIZAÇÃO DO EDITAL

2.1. O inteiro teor desde Edital e de seus anexos ficará à disposição dos interessados no endereço eletrônico deste Conselho: [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br), menu Institucional, Licitações.



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

2.2. Os pedidos de esclarecimentos poderão ser feitos por e-mail, para o seguinte endereço: *licitacao@crmpr.org.br*.

2.3. Os esclarecimentos feitos formalmente por e-mail serão respondidos pela mesma via eletrônica, diretamente ao solicitante.

2.4. A homologação dos credenciados será publicada no Diário Oficial da União e disponibilizado no site do CRM-PR.

## 3. DO LOCAL E DO PRAZO DE ENTREGA DAS PROPOSTAS

3.1. A proposta de credenciamento deverá ser entregue no Setor de Protocolos do CRM-PR, localizado no térreo do edifício Sede, de 18/11/2019 até o dia 02/12/2019 das 08 às 18h.

## 4. DO CREDENCIAMENTO

4.1. A solicitação de credenciamento deverá ser digitada, sem emendas, rasuras, entrelinhas, ou ambiguidade, acompanhada da documentação solicitada neste Edital, preferencialmente, em papel timbrado próprio do proponente, conforme modelo constante no **Anexo II**.

4.2. O requerimento apresentado de forma incompleta, rasurado ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerado inepto sendo desclassificado o interessado.

4.3. As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado.

4.4. Toda documentação exigida, conforme detalhado neste Edital, é requisito obrigatório à habilitação do interessado ao credenciamento.

## 5. DOS DOCUMENTOS PARA O CREDENCIAMENTO

5.1. **Cópia simples da cédula de identidade profissional, expedida pela Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Paraná;**



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

- 5.2. **Certidão de regularidade ética emitida pela Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Paraná (Certidão de Advogados);**
- 5.3. **Certidão de quitação com a Tesouraria da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Paraná (deve ser apresentada anualmente enquanto perdurar o cadastro);**
- 5.4. **Apresentar comprovante de endereço recente (contas de água, luz, telefone, com menos de 3 meses);**
- 5.5. **Formulário de inscrição de Defensores Dativos, conforme Anexo II;**
- 5.6. **Termo de confidencialidade assinado conforme Anexo III.**
- 5.7. O interessado ficará responsável pela veracidade das informações prestadas no requerimento e pela veracidade dos documentos de habilitação encaminhados.

## 6. DA HOMOLOGAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

- 6.1. Serão declarados credenciados todos os requerimentos que atenderem ao estabelecido no item 5, observado o disposto no item 4.
- 6.2. O presidente do CRM-PR realizará a homologação de cada credenciamento.
- 6.3. Homologado o credenciamento, o mesmo será publicado no Diário Oficial da União.
- 6.4. A homologação do requerimento vincula o credenciado, sujeitando-o, integralmente, às condições estabelecidas neste Edital e seus anexos.

## 7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

- 7.1. Até 05 (cinco) dias úteis antes da data fixada para o início do credenciamento, qualquer pessoa, física ou jurídica, poderá solicitar esclarecimentos, providências, ou impugnar este Edital de credenciamento mediante petição a ser enviada exclusivamente para o endereço eletrônico [licitacao@crmpr.org.br](mailto:licitacao@crmpr.org.br), até às 17h, no horário de Brasília.



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

7.2. Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação desse procedimento.

## 8. DOS RECURSOS

8.1. O interessado cujo requerimento for considerado inepto poderá interpor recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da decisão, assegurada a ampla defesa e o contraditório.

## 9. DA VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

9.1. O presente credenciamento terá vigência de **36 (trinta e seis) meses**, contados a partir da homologação deste chamamento, podendo ser prorrogado por até 60 meses conforme Art. 57, II da Lei nº 8.666/93.

9.2. Cada interessado que tiver sua solicitação de credenciamento homologada será credenciado e assim permanecerá enquanto houver interesse por parte do CRM-PR.

## 10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. **A designação e a prestação de serviços não geram nenhum vínculo trabalhista com o CRM-PR.**

10.2. Aplicam-se ao presente credenciamento a Lei nº 8.666/93 e demais normas legais pertinentes.

10.3. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei nº 8.666/93, nos princípios de direito público e, subsidiariamente, com base em outras Leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

10.4. Fica eleito o Foro da Justiça Federal de Curitiba para dirimir quaisquer dúvidas ou questões provenientes deste Edital e de seus anexos.

## 11. DOS ANEXOS

11.1. Integram o presente Edital:

11.1.1. Anexo I - Da forma de processamento;

11.1.2. Anexo II - Formulário de inscrição de defensores dativos;



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

- 11.1.3. Anexo III - Termo de confidencialidade;
- 11.1.4. Anexo IV - Ato de concessão individualizado;
- 11.1.5. Anexo V - Declaração de dependentes;
- 11.1.6. Anexo VI - Declaração de contribuição previdenciária, modelo A ou B, conforme o caso.

Curitiba, 30 de outubro de 2019.

**Dr. ROBERTO ISSAMU YOSIDA**

Presidente do CRM-PR



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

## ANEXO I - DA FORMA DE PROCESSAMENTO

### 1. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS HONORÁRIOS

1.1. A atuação do defensor dativo terá início com sua nomeação nos autos, conforme previsão no caput do artigo 44 do Código de Processo Ético-Profissional e se encerrará com a apresentação do recurso, caso haja, ou a qualquer momento, conforme previsto no § 3º do artigo 45, com a cessação da revelia, devendo, nesse caso, receber os honorários da fase em que se encontrar o processo caso ainda não o tenha recebido.

1.2. O advogado que compuser o cadastro de defensores dativos do CRM-PR deverá, ao aceitar o encargo, assinar o termo de confidencialidade (Anexo III), garantindo, assim, o sigilo das informações contidas nos Procedimentos que irá receber, sob pena de exclusão definitiva e irrevogável dos quadros de defensores dativos deste CRM-PR, com envio de reclamação à OAB.

1.2.1. O defensor dativo será sumariamente excluído da lista se desatender qualquer prazo processual ou aceitar e não realizar a defesa objeto do processo.

1.3. É vedado ao defensor dativo nomeado o substabelecimento dos poderes recebidos por força da Resolução CRM-PR nº 216/2019, bem como, é proibido qualquer terceirização da atividade objeto deste Edital.

1.4. Os honorários serão fixados e disponibilizados na forma da Resolução CRM-PR nº 209/18 ou em outra que a substitua e serão realizados conforme disposto no artigo 3º. Não poderá haver nenhum pagamento por parte do médico revel.

1.5. A remuneração do Defensor Dativo será realizada por fases do Processo nas seguintes condições:

1.5.1. Na apresentação da defesa escrita à Corregedoria: 1/3 do valor estabelecido para os honorários, ou seja, **R\$ 600,00 (Seiscentos reais)**;



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

1.5.2. No encerramento da Instrução com a apresentação das Razões Finais: 1/3 do valor estabelecido para os honorários, ou seja, **R\$ 600,00 (Seiscentos reais)**;

1.5.3. No Julgamento e em eventuais Recursos cabíveis: 1/3 do valor estabelecido para os honorários, ou seja, **R\$ 600,00 (Seiscentos reais)**.

1.6. É vedado ao defensor dativo nomeado o recebimento de quaisquer honorários complementares, pela atuação no âmbito do CRM-PR, enquanto perdurar sua nomeação nos autos.

1.7. É proibido qualquer outro pagamento por parte do CRM-PR ao defensor dativo, seja deslocamento, passagens, alimentação, ou qualquer outra justificativa ou alegação seja qual natureza for.

## 2. DO PAGAMENTO

2.1. O pagamento está condicionado a apresentação:

2.1.1. **Ato de Concessão, conforme Anexo IV, para cada fase cumprida;**

2.1.2. **Cópia do RG ou da Carteira Nacional de Habilitação;**

2.1.3. **Anexos V – Declaração de Dependentes e Anexo VI – Declaração de Contribuição Previdenciária, de acordo com modelo A ou B, conforme o caso.**

2.2. **Toda a documentação descrita no item 2.1 deve ser entregue na Sede do CRM-PR em Curitiba, direcionada ao Setor de Protocolo.**

2.3. O Departamento de Processos e Sindicâncias não se responsabilizará pela emissão de nenhum documento pelo defensor dativo.

2.4. É de inteira responsabilidade do defensor dativo providenciar e encaminhar todos os documentos relacionados no item 2.1.

2.5. O recebimento dos serviços não exclui as responsabilidades civil e penal do credenciado.

## 3. DO DESCRENCIAMENTO

3.1. O defensor dativo nomeado poderá:



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

3.1.1. Renunciar à nomeação feita desde que devidamente justificado por escrito, retornando ao fim do cadastro para novas nomeações respeitado o prazo previsto no Art. 6º da Resolução CRM-PR nº 216/2019.

3.1.2. Recusar-se ao múnus por justo motivo, que deverá ser protocolado em até 5 (cinco) dias do recebimento dos autos, na forma escrita, sendo vedada a renúncia por foro íntimo, sem justificativa, o que poderá ensejar o envio de reclamação à Ordem dos Advogados do Brasil.

3.2. O defensor dativo que não atender às convocações, às notificações ou aos prazos será excluído do cadastro.

3.3. A revelia cessará com a presença do médico denunciado nos autos, seja em depoimento, petição ou manifestação, ou cessará também com a apresentação (protocolo) do recurso escrito nas dependências deste Conselho Regional de Medicina ou CFM, uma vez que o CRM não arcará com qualquer despesa inerente ao Recurso junto ao CFM, seja passagem, deslocamento, honorários ou outra despesa de qualquer natureza, nos moldes dos artigos 45, § 3º, e 47 do Código de Processo Ético-Profissional.

Curitiba, 24 de outubro de 2019.

---

Departamento de Processos e Sindicâncias / DEPROSIN



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

### ANEXO II - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE DEFENSORES DATIVOS

Eu, \_\_\_\_\_, Advogado(a), OAB-PR n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, solicito minha inclusão no quadro de defensores dativos do Conselho Regional de Medicina do Paraná a partir desta data.

Declaro estar ciente de todo o conteúdo da Resolução CRM-PR n.º 216/2019, bem como do edital publicado no Diário Oficial, comprometendo-me ao seu fiel cumprimento e aceitando as regras ali impostas para tal atividade, sob pena de exclusão do cadastro.

Apresento para meu cadastro todos os documentos elencados no artigo 2º da Resolução CRM-PR n.º 216/2019, bem como os do item 5 do edital para cadastramento de defensores dativos.

Estou ciente de que a efetivação de meu cadastro depende da confirmação dos documentos entregues a esse Conselho Regional de Medicina.

Nome Completo (sem abreviações):

N.º OAB  RG  CPF

Endereço Completo:

Telefones para contato:

E-mail para contato:

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_

Assinatura



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

## ANEXO III - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, Advogado(a), OAB-PR n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, declaro estar ciente de que o Processo Ético-Profissional tramita em sigilo, conforme previsão disposta no artigo 1º do Código de Processo Ético-Profissional para os Conselhos de Medicina (Resolução CFM n.º 2.145/16) e de que devo manter a confidencialidade de todas as informações contidas nos documentos que compõem os autos.

Estando de pleno acordo, assino a presente.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura





## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

### ANEXO V - DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Eu, ....., Advogado(a), inscrito(a) na Ordem dos Advogados do Brasil/Paraná n.º....., CPF n.º....., registrado(a) no PIS/PASEP/NIT n.º ....., DECLARO, perante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de retenção de IRRF, que mantenho sob minha exclusiva dependência as pessoas abaixo relacionadas:

NOME DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	CPF	VÍNCULO DE PARENTESCO - DEPENDÊNCIA (cônjuge, filho ....)	Filho ou enteado universitário ou cursando escola técnica de 2º grau

Declaro, ainda, que estou ciente de que deverei comunicar imediatamente o Conselho Regional de Medicina do Paraná caso haja **qualquer alteração de dependente**.

Por ser verdade, assino a presente.

(Localidade), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

### ANEXO VI - (A) - DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Em conformidade com o que determina a Instrução Normativa MPS/RFB n.º 971, de 13 de novembro de 2009, Eu, \_\_\_\_\_, Advogado(a), inscrito(a) na Ordem dos Advogados do Brasil/Paraná n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, registrado(a) no PIS/PASEP/NIT sob o n.º \_\_\_\_\_, DECLARO, perante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de tributação sobre pagamento de honorários de defensoria dativa, que **NÃO HÁ** recolhimento de INSS por outra fonte pagadora. **Autorizo** ao Conselho Regional de Medicina do Paraná o recolhimento mensal desse tributo pelo Regime Geral de Previdência Social.

Declaro, ainda, que, caso haja **qualquer alteração de desconto, será de minha responsabilidade o complemento da contribuição ao INSS até o limite do teto previdenciário**, bem como comunicar imediatamente o Conselho Regional de Medicina do Paraná em caso de qualquer perda de vínculo empregatício com a empresa abaixo mencionada.

Declaro, ainda, que estou ciente de que deverei renovar esta declaração a cada período de vigência, sob pena de o CRM-PR fazer a retenção do INSS após sua validade.

(Localidade), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

### ANEXO VI - (B) - DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Em conformidade com o que determina a Instrução Normativa MPS/RFB n.º 971 de 13 de novembro de 2009, Eu, ....., Advogado(a), inscrito(a) na Ordem dos Advogados do Brasil/Paraná n.º ....., CPF N.º ....., registrado(a) no PIS/PASEP/NIT sob o n.º .., DECLARO, junto ao CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de tributação sobre defensoria dativa, que presto serviços à outra fonte pagadora a qual recolhe mensalmente o teto máximo de contribuição do INSS (11%) pelo Regime Geral de Previdência Social.

Declaro, ainda, que caso haja **qualquer alteração de desconto, será de minha responsabilidade o complemento da contribuição ao INSS até o limite do teto previdenciário**, bem como comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina do Paraná em caso de perda do vínculo empregatício com a empresa abaixo mencionada.

Declaro ainda, que estou ciente de que deverei renovar esta declaração a cada período de vigência, sob pena do CRM-PR fazer a retenção do INSS após sua validade.

Razão Social (nome completo da empresa):

CNPJ da empresa:

Endereço da empresa:

E-mail da empresa:

Telefones da empresa:

(Localidade), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura