



MUNICÍPIO DE GOIANÉSIA-GO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2017

PROCESSO Nº 2017011439

O **MUNICÍPIO DE GOIANÉSIA, ESTADO DE GOIÁS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua 33 nº 453 Setor Sul, nesta cidade, inscrito no CNPJ nº 01.065.846/0001-72, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede na Rua 33 nº 420 Centro, inscrito no CNPJ nº 36.975.571/0001-99, neste ato representado pelo Gestor o senhor **HISHAM MOHAMAD HAMIDA**, brasileiro, cirurgião-dentista, portador da Cédula de Identidade RG nº 3767940 2ª Via DGPC/GO e inscrito no CPF nº 842.014.361-87, no uso legal de suas atribuições e na conformidade com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e demais alterações, através da Comissão de Credenciamento, constituída pela Portaria nº 063/2017/SMS de 09 de março de 2017, torna público, para o conhecimento dos interessados, que está aberto os procedimentos para **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS – HOSPITAIS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE**, que atuarão junto a Secretaria Municipal de Saúde, conforme necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com as normas estabelecidas no presente **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2017**.

1 – DO OBJETO

1.1 - O presente Edital de Credenciamento tem por objeto a contratação de empresas prestadoras de serviços na área de saúde - hospitais, clínicas e laboratórios prestadores de serviços na área da saúde, serviços que deverão ser prestados em suas dependências, com os materiais, corpo clínico e recursos técnicos disponíveis nas áreas de clínica médica cirúrgica, obstetrícia, ortopedia, pediatria, serviços ambulatoriais, serviços de hemoterapia, banco de sangue, AIH -Autorização de Internação Hospitalar, exames radiológicos, por imagem, laboratoriais de análises clínicas, exames complementares de ultrassonografia, endoscopia, mamografia, tomografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, exames de cardiologia, exames audiológicos, exames pneumológicos, ficando consignado que exames laboratoriais também deverão ser realizados, por regime de plantão de 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento das necessidades dos pacientes internos no Hospital Municipal Irmã Fanny Duran e UPA- Unidade de Pronto Atendimento, Prefeito Walter Augusto Fernandes, conforme especificações e valores estabelecidos no **Anexo III**, conforme disposto na Constituição Federal, Leis 8.666/93, 8.080/90 e 8.142/90, Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 01/02) e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de Contrato de Prestação de Serviços, visando formalizar a

Rua 33 nº 453 – Setor Sul – Fone: (62) 3389-9400 - 76380-000 – Goianésia - GO

prestação de serviços aos usuários do SUS em todas as especialidades executadas no município, de média e alta complexidade, constante das tabelas do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS editadas pelo Ministério da Saúde.

2 – DA PARTICIPAÇÃO

2.1 - Poderão participar todos os interessados do ramo de atividades pertinentes ao objeto da contratação que atendam as exigências deste edital.

3 – DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

3.1 - A documentação exigida no item 4 será recebida a partir da presente data no horário das 07h:00 às 11h00 e das 13h:00 às 17h:00, na sede da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, situada à Rua 33 nº 420, Centro, mediante requerimento dirigido à Comissão de Credenciamento, em envelope e com a seguinte descrição:

Ao Município de Goianésia(Go)-Secretaria Municipal de Saúde Edital de Credenciamento nº 002/2017 Envelope nº 01 – DA DOCUMENTAÇÃO NOME DA EMPRESA.....
--

3.2 - O prazo de vigência do contrato a ser celebrado em decorrência do credenciamento será de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60(sessenta) meses, nos termos do inciso II do artigo 57 da lei 8.666/93, obedecendo a lei orçamentária anual;

3.3 – O prazo para assinatura do contrato será de 03 (três) dias corridos, contados da convocação do interessado;

3.4 – O processo de credenciamento estará constantemente aberto, enquanto não seja revogado ou publicado novo edital.

3.5- Os interessados em participar do credenciamento, tendo em vista a natureza e a prestação dos serviços a serem contratados, ficam informados que deverão prestar os serviços no Município de Goianésia, com o fim de atender as necessidades dos pacientes.

4 – DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA CREDENCIAMENTO

4.1. – DA HABILITAÇÃO JURÍDICA:

a) No caso de empresário individual: Cédula de Identidade, CPF e Inscrição Empresarial em vigor devidamente registrada na Junta Comercial;

b) No caso de sociedade mercantil: Contrato Social e última alteração devidamente registrada na Junta Comercial;

- c) No caso de sociedade por ações: Ato constitutivo, Estatuto em vigor e Ata de assembleia de eleição da atual diretoria devidamente registrada no órgão competente;
- d) No caso de sociedade civil: Ato constitutivo, Estatuto em vigor e prova de eleição da diretoria em exercício;
- e) Documentos pessoais do Profissional Responsável pelo Serviço Prestado – Cédula de Identidade, CPF, comprovante de inscrição no Conselho de classe da categoria profissional ou Carteira de Identidade Profissional;
- f) Requerimento de Credenciamento (Anexo I);

4.2 – DA HABILITAÇÃO FISCAL:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b) Prova de regularidade com o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS;
- c) Prova de Regularidade com a Fazenda Federal;
- d) Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual;
- e) Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal;
- f) Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- g) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Municipal;
- h) Prova da inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de Certidão Negativa – CNDT;
- i) Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- j) Alvará de Localização e Funcionamento, atualizado, expedido pela Prefeitura Municipal;

4.3 – DA DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA:

- a) Licença Sanitária da empresa interessada no credenciamento, expedida pela Vigilância Sanitária;
- b) Relação do Corpo Clínico e/ou Técnico, constando o número e registro dos profissionais no respectivo Conselho de Classe Regional;

4.4 – DA DOCUMENTAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA:

- a) Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis do último exercício social apresentado na forma da lei;

b) Certidão Negativa de Falência e Concordata com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias da data de apresentação dos documentos;

c) Comprovante de conta corrente para depósito em nome da pessoa física/jurídica credenciada;

4.5 – DECLARAÇÕES:

a) Declaração de que não há fato impeditivo da habilitação, na forma do § 2º do artigo 32 da Lei nº 8.666/93 (Anexo IV);

b) Declaração de que a empresa atende as disposições do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, conforme determina a Lei nº 9.854/99 (Anexo II);

c) Declaração que aceita todas as condições do presente instrumento e seus anexos, independentemente de sua transcrição (Anexo V);

d) Declaração de que responderá pela veracidade das informações constantes da documentação e da proposta que apresentar (Anexo VI);

e) Declaração dos proprietários, administradores e dirigentes da entidade de que não ocupam cargo na Administração Pública Municipal, nos termos do inciso III do artigo 9º da Lei nº 8.666/93;

f) Na hipótese de não constar prazo de validade das certidões apresentadas, a Comissão aceitará como válidas as expedidas até 60 (sessenta) dias imediatamente anteriores à data de entrega dos envelopes;

g) Os documentos exigidos neste edital deverão ser apresentados em original ou em cópia autenticada por Tabelião;

h) Quando o requerimento de credenciamento for realizado por procurador, deverá ser apresentada procuração por instrumento público ou particular com firma reconhecida, da qual constem amplos poderes para praticar atos ou procuração específica para o credenciamento;

i) Declaração de que possui as instalações, corpo técnico e o aparelhamento adequados e disponíveis para a prestação dos serviços objeto deste edital;

5. – OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO:

5.1 - Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a prestação dos serviços de que trata o presente edital;

5.2. O credenciado contratado para realizar exames laboratoriais em regime de plantão de 24 (vinte e quatro) horas, para atendimentos das necessidades dos pacientes internos no Hospital Municipal e na UPA, será inteiramente responsável pela coleta e transporte das referidas unidades até as suas sedes, todos os materiais necessários à realização dos exames, bem como apresentação dos resultados dos exames ora elaborados.

5.3 - Assumir inteira responsabilidade pela prestação dos serviços, que deverão ser realizados com a observância de todas as normas técnicas e normativas legais aplicáveis;

5.4 - Fornecer e utilizar toda a competente e indispensável mão-de-obra especializada, atendida todas as exigências legais pertinentes, tais como trabalhistas, sociais, tributárias, previdenciárias, normas técnicas;

5.5 - Responsabilizar-se única e exclusivamente, pelo pagamento de todos os encargos e demais despesas decorrentes da prestação dos serviços, tais como emolumentos prescritos e que digam respeito ao serviço, impostos, taxas, contribuições fiscais, previdenciárias, trabalhistas;

5.6 - Notificar a Administração Pública, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, caso tenha interesse em se descredenciar, sob pena de incidência de sanções administrativas previstas neste instrumento, independente das sanções civis na forma da Lei;

5.7 - Fornecer, quando solicitado, elementos necessários à avaliação dos serviços, bem como dados estatísticos e demonstrativos de custos;

5.8 - O credenciado será remunerado exclusivamente através dos valores estabelecidos no Anexo III, sendo vedada a cobrança de quaisquer sobretaxas; a retenção e/ou exigência de apresentação qualquer documento adicional; cobrança de depósito e/ou caução de qualquer natureza;

5.9 - Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente edital;

6. – DO PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO

6.1 - Serão credenciados os interessados que preencham os requisitos previstos neste edital, tendo a Comissão o prazo de até 03 (três) dias após a data de início do credenciamento, para concluir suas avaliações e convocar o interessado;

6.2 - Após análise da documentação, a Comissão de Credenciamento emitirá Relatório Conclusivo sobre o credenciamento, o qual será submetido de imediato ao Gestor do FMS para homologação e ratificação de inexigibilidade;

6.3 - Das decisões da Comissão de Credenciamento caberá recurso, no prazo de 03 (três) dias, a contar da data da decisão;

7 – DA HABILITAÇÃO E CREDENCIAMENTO

7.1 - Serão habilitadas e credenciadas as pessoas jurídicas em função da regularidade da documentação apresentada e que preencham os requisitos previstos no presente edital, os quais serão contratados por meio de instrumento de contrato de prestação de serviços, onde se estabelecerão os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, na conformidade das

necessidades e disponibilidades financeiras do contratante, tendo em vista que não há competição entre os interessados no credenciamento.

8- DA CONTRATAÇÃO

8.1 - Os interessados que forem habilitados ao credenciamento serão contratados por meio de instrumento de contrato de prestação de serviços, onde se estabelecerão os direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

8.2 - São de inteira responsabilidade dos contratados as obrigações pelos encargos sociais, previdenciários, fiscais e trabalhistas resultantes da execução do contrato;

8.3 - Conforme necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, após a publicação da lista de credenciados e homologação do credenciamento, os interessados serão convocados, no prazo de 03(três) dias úteis, a comparecer à Secretaria Municipal de Saúde, para celebrar termo contratual;

8.4 – Os credenciados contratados serão responsáveis pelos danos causados a terceiros, decorrentes da execução do contrato;

9 – DO PREÇO

9.1 - A Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, pagará, mensalmente, aos prestadores, pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, em vigor, editadas pelo Ministério da Saúde e ou com os percentuais de acréscimos à tabela SUS, em exames específicos, autorizados pelo Conselho Municipal de Saúde, e outros exames com tabela de valores aprovadas pelo Conselho, conforme tabela constante do Anexo 03, tendo preferência na contratação para a realização dos serviços as propostas com valores relativos à tabela SUS.

9.2 - Os valores estipulados nas Tabelas do SIA/SUS e SIH/SUS serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

9.3 – Os interessados na realização dos serviços de exames laboratoriais em regime de plantão de 24 (vinte e quatro) horas, para atendimentos das necessidades dos pacientes internos no Hospital Municipal e na UPA, terão primazia na realização dos exames eletivos autorizados pela secretaria de saúde.

10 - DO ORÇAMENTO E PAGAMENTO

10.1 - As despesas decorrentes deste Processo de Credenciamento correrão por conta de dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde previstas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e Plano Plurianual, e repasses do Fundo Nacional de Saúde;

10.2 - Até o 5º dia útil de cada mês subsequente, deverá ser apresentado Nota Fiscal/Fatura à Secretaria Municipal de Saúde, juntando a ela a prova de regularidade junto ao INSS e ao FGTS e ainda relatório dos serviços prestados no período;

10.3 - O pagamento será efetuado até o dia 20 do mês subsequente, após a apresentação da Nota Fiscal/Fatura, devidamente auditada pelo setor competente da Secretaria Municipal de Saúde;

10.4 - O Município poderá reter o valor referente ao ISS, na forma da Lei;

11 - DAS SANÇÕES

11.1 - O descumprimento total ou parcial, de qualquer das obrigações estabelecidas no presente edital e no Contrato de Credenciamento, sujeitará o(a) Contratada às sanções previstas na Lei nº 8.666/93 e às seguintes que poderão ser aplicadas discricionariamente pela Administração, garantida a prévia e ampla defesa em Processo Administrativo, na forma do § 2º, do art. 87, da Lei 8.666/93:

11.1.1 - Multa de 5% (cinco por cento) sobre a média dos valores mensais recebidos pela Contratada desde o início da vigência do contrato, no caso da Contratada dar causa à rescisão do mesmo;

11.1.2 - Caso a Contratada não cumpra as condições estabelecidas no presente edital ou no Contrato, poderá ser:

11.1.3 - Suspensa de licitar e impedida de contratar temporariamente com a Prefeitura de Goianésia, pelo prazo de até 02 (dois) anos;

11.1.4 - Declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração pública, na forma do Art. 87, inciso IV, da Lei nº 8.666/93;

11.1.5 - Na hipótese do Contratante iniciar procedimento judicial relativo à conclusão do Contrato, ficará a Contratada sujeita, além das multas previstas, também ao pagamento das custas e honorários advocatícios;

11.1.6 - As multas previstas nesta cláusula não tem caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá a Contratada da responsabilidade de perdas e danos decorrentes das infrações cometidas;

12 – DAS HIPÓTESES DE DESCRENCIAMENTO

12.1 - A Contratante poderá, a qualquer tempo, descredenciar a Contratada, por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidos, que importem comprometimento de sua capacidade jurídica, técnica ou de sua postura profissional, ou que fira o padrão ético ou operacional do trabalho, sem que caiba qualquer direito a indenização, compensação ou reembolso;

12.2 - Fica assegurado à Contratada o direito ao contraditório e a ampla defesa, sendo avaliadas suas razões pelo Jurídico, que emitirá decisão em 03 (três) dias úteis;

12.3 - A empresa contratada também será descredenciada nas hipóteses previstas no art. 78 da Lei nº 8.666/93, sem prejuízo das sanções cabíveis, conforme estabelecido no item 11 deste edital;

12.4 - A Contratada poderá solicitar o seu descredenciamento, por meio de requerimento apresentado à Contratante, com antecedência mínima de 30(trinta) dias, cujo deferimento deverá ocorrer no prazo máximo de 05(cinco) dias úteis; A Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, ao desligar a credenciada, deverá avisá-la com no mínimo 05 (cinco) dias de antecedência

13- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1 - O Município poderá, a qualquer tempo, motivadamente, adiar, revogar total ou parcialmente, ou mesmo anular o presente processo, por conveniência administrativa e interesse público, sem que disso decorra qualquer direito ou indenização ou ressarcimento para os interessados, seja de que natureza for;

13.2 - Qualquer pedido de esclarecimento em relação a eventuais dúvidas de interpretação do presente edital deverá ser encaminhado por escrito à Comissão de Credenciamento;

13.3 - Será facultado à Secretaria Municipal de Saúde, em qualquer tempo, promover diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo destinado à celebração do Contrato de Prestação de Serviços, bem como a aferição dos serviços ofertados, além de solicitar dos órgãos técnicos competentes a elaboração de pareceres destinados a fundamentar decisões;

13.4 - A Secretaria de Saúde terá direito a vistoriar as instalações, aparelhos e locais de prestação dos serviços das credenciadas.

13.5 - O Edital poderá ser retirado junto à Secretaria Municipal de Saúde, na Rua 33 nº 420, Centro, em Goianésia/Go ou no site da Prefeitura Municipal de Goianésia.

Goianésia (GO), 21 de Agosto de 2017.

HISHAM MOHAMAD HAMIDA
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

ANEXO I

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO (Pessoa Jurídica)

Ref: Edital de Credenciamento Nº 002/2017, para Credenciamento de Hospitais, Clínicas e Laboratórios Prestadores de Serviços na Área da Saúde.

Através do presente, a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, estabelecida à Rua _____ nº _____, bairro _____, neste ato representada por seu Diretor Técnico/Clínico _____, portador do CPF nº _____ e da Cédula de Identidade RG nº _____, inscrito no Conselho Regional de _____ sob o nº _____, residente e domiciliado na Rua _____, nº _____, Bairro _____, em _____(GO), vem solicitar credenciamento no(s) item(s) _____, conforme o anexo 03 do Edital de Credenciamento nº _____/2017

Goianésia(GO), emde agosto de 2017.

Requerente

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DOS EMPREGADOS

Ref: Edital de Credenciamento Nº 02/2017, para Credenciamento de Hospitais, Clínicas e Laboratórios Prestadores de Serviço na Área da Saúde.

DECLARAÇÃO

A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na.....(endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., neste ato representada pelo seu representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que está em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, e, para fins do disposto no inciso V do artigo 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz (.....)

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima).

Goianésia-GO, em, de.....de 2017

Razão Social da Empresa e Nome do Responsável.

ANEXO III
TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES

EXAMES AUDIOLOGICOS					
item	Local	Procedimentos	Quantidade estimada Anual	Valor Unit. / Tabela do CMS	Valor estimado Total Anual
1	Sede própria	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	240	30,00	7.200,00
2	Sede própria	IMITANCIOMETRIA/IMPEDÂNCIOMETRIA	120	30,00	3.600,00
3	Sede própria	EMISSÕES OTOACUSTICAS (TESTE DA ORELHINHA)	1100	20,00	22.000,00
EXAMES CARDIOLOGICOS					
item	Local	Procedimentos	Quantidade estimada Anual	Valor Unit. / Tabela do CMS	Valor estimado Total Anual
4	Sede própria	ELETROCARDIOGRAMA	360	30,00	10.800,00
5	Sede própria	ECOCARDIOGRAMA	120	170,00	20.400,00
6	Sede própria	HOLTER	120	130,00	15.600,00
7	Sede própria	TESTE ERGOMETRICO	60	100,00	6.000,00
8	Sede própria	RISCO CIRURGICO	120	100,00	12.000,00
EXAMES NEUROLOGICOS					
item	Local	Procedimentos	Quantidade estimada Anual	Valor Unit. / Tabela do CMS	Valor estimado Total Anual
9	Sede própria	ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL COMPUTADORIZADO EM VIRGILIA	120	70,00	8.400,00
10	Sede própria	ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL COMPUTADORIZADO CO(COM FOTOESTIMULAÇÃO E MAPEAMENTO CEREBRAL)	120	80,00	9.600,00
EXAMES PNEUMOLOGICOS					
item	Local	Procedimentos	Quantidade estimada Anual	Valor Unit. / Tabela do CMS	Valor estimado Total Anual

11	Sede própria	EXAME DE ESPIROMETRIA-PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES	120	30,00	3.600,00
12	Sede própria	EXAME DE ESPIROMETRIA-PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA	120	65,00	7.800,00
EXAMES RADIOLÓGICOS					
item	Local	Procedimentos	Quantidade estimada Anual	Valor Unit. / Tabela do CMS	Valor estimado Total Anual
13	Sede própria	EXAMES RADIOLÓGICOS	1800	R\$ 40,00	72.000,00
14	Sede própria	LAUDOS DE RX	3600	R\$ 10,00	36.000,00
15	Sede própria	ULTRASSONOGRRAFIA	4200	R\$ 50,00	210.000,00
16	Sede própria	ULTRASSOM MORFOLOGICA	24	R\$ 100,00	2.400,00
17	Sede própria	DENSITOMETRIA OSSEA	50	R\$ 125,00	6.250,00
18	Sede própria	DOPPLER MMI	144	R\$ 150,00	21.600,00
19	Sede própria	DOPPLER AORTA ARTERIA/VEIA	80	R\$ 225,00	18.000,00
20	Sede própria	ENDOSCOPIA	90	R\$ 137,50	12.375,00
21	Sede própria	PUNÇÃO	60	R\$ 200,00	12.000,00
22	Sede própria	BIOPSIA	120	R\$ 350,00	42.000,00
23	Sede própria	MAMOGRAFIA	1600	R\$ 50,00	80.000,00
24	Sede própria	TC COLUNA CERVICAL	50	R\$ 108,45	5.422,50
25	Sede própria	TC LOMBO-SACRA	150	R\$ 126,38	18.957,00
26	Sede própria	TC COLUNA TORACICA	50	R\$ 108,45	5.422,50
27	Sede própria	TC SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULAR	50	R\$ 108,44	5.422,00
28	Sede própria	TC PESCOÇO	25	R\$ 108,44	2.711,00
29	Sede própria	TC SELA TURCICA	250	R\$ 121,80	30.450,00
30	Sede própria	TC CRANIO	250	R\$ 121,80	30.450,00
31	Sede própria	TC ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	25	R\$ 108,44	2.711,00
32	Sede própria	TC SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, PERNA...)	25	R\$ 108,44	2.711,00
33	Sede própria	TC TORAX	100	R\$ 170,51	17.051,00

Rua 33 nº 453 – Setor Sul – Fone: (62) 3389-9400 - 76380-000 – Goianésia - GO

34	Sede própria	TC HEMINOTORX, PULMÃO OU DO MESDIATINO	100	R\$ 170,51	17.051,00
35	Sede própria	TC ABDOMEM SUPERIOR	150	R\$ 173,29	25.993,50
36	Sede própria	TC ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	50	R\$ 108,44	5.422,00
37	Sede própria	TC PELVE/BACIA/ABDOMEM INFERIOR	120	R\$ 173,29	20.794,80
EXAMES LABORATORIAIS A SEREM REALIZADOS NA SEDE PRÓPRIA, HOSPITAL MUNICIPAL E UPA (PLANTÃO)					
item	Local	Procedimentos	Quantidade estimada Anual	Valor Unit. Tabela Apovada pelo CMS	Valor estimado Total Anual
38	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE ACIDO URICO	570	2,442	1.391,94
29	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE AMILASE	955	2,97	2.836,35
40	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	510	2,65	1.353,13
41	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE CALCIO	378	2,44	923,08
42	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	540	4,63	2.501,93
43	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	530	4,63	2.455,60
44	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	547	2,44	1.335,77
45	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE CREATININA	5000	2,44	12.210,00
46	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE(CPK)	345	4,86	1.675,87

47	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	698	5,44	3.796,00
48	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	561	2,65	1.488,45
49	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE FOSFORO	720	2,44	1.758,24
50	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	869	4,63	4.026,25
51	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE GLICOSE	544	2,44	1.328,45
52	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE LACTATO	366	4,86	1.777,88
53	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE LIPASE	360	2,97	1.069,20
54	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DEMAGNESIO	401	2,65	1.063,93
55	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	877	2,65	2.326,86
56	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE POTASSIO	2580	2,44	6.300,36
57	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	988	2,44	2.412,70
58	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE SODIO	899	2,44	2.195,36
59	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2.350	2,65	6.235,02

60	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2355	2,65	6.248,29
61	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	657	4,63	3.044,01
62	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE UREIA	2511	2,44	6.131,86
63	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	CONTAGEM DE PLAQUETAS	977	3,6	3.520,72
64	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	1045	3,6	3.765,76
65	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	1990	3,6	7.171,16
66	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTACAO (VHS)	2987	3,6	10.763,95
67	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	597	2,02	1.205,70
68	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	HEMATOCRITO	785	2,02	1.585,39
69	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	HEMOGRAMA COMPLETO	6240	5,43	33.853,25
70	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	LEUCOGRAMA	744	3,6	2.681,08
71	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	PROVA DO LACO	699	3,6	2.518,92
72	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	1153	3,74	4.307,15

73	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	977	3,74	3.649,68
74	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	1.240	3,74	4.632,14
75	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE TROPONINA	1120	11,88	13.305,60
76	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1212	2,18	2.639,74
77	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1113	2,18	2.424,11
78	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1326	2,18	2.888,03
79	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	4622	4,88	22.573,85
80	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	899	2,69	2.420,83
81	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1340	2,49	3.343,03
82	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	2631	1,81	4.757,90
83	Sede própria / pacientes internos / Hospital e UPA	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI DU FRACO)	2350	1,81	4.249,74
EXAMES LABORATORIAIS A SEREM REALIZADOS NA SEDE PRÓPRIA (ELETIVOS)					
item	Local	Procedimentos	Quantidade estimada Anual	Valor Unit. Tabela SUS	Valor estimado Total Anual
84	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1113	R\$ 1,85	2.059,05

Rua 33 nº 453 – Setor Sul – Fone: (62) 3389-9400 - 76380-000 – Goianésia - GO

85	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE AMILASE	170	2,25	382,50
86	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	961	2,01	1.931,61
87	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE CALCIO	2351	1,85	4.349,35
88	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3226	3,51	11.323,26
89	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3513	3,51	12.330,63
90	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	3691	1,85	6.828,35
91	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE CREATININA	1960	1,85	3.626,00
92	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE FERRO SERICO	257	3,51	902,07
93	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	3369	2,01	6.771,69
94	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE GLICOSE	3252	1,85	6.016,20
95	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE LIPASE	22	2,25	49,50
96	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	156	2,01	313,56
97	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE POTASSIO	713	1,85	1.319,05
98	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	174	1,85	321,90
99	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE SODIO	373	1,85	690,05
100	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	1625	2,01	3.266,25
101	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1461	2,01	2.936,61
102	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3565	3,51	12.513,15
103	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE UREIA	2590	1,85	4.791,50
104	Sede própria / exames eletivos	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2277	2,73	6.216,21
105	Sede própria / exames eletivos	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	347	2,73	947,31

Rua 33 nº 453 – Setor Sul – Fone: (62) 3389-9400 - 76380-000 – Goianésia - GO

106	Sede própria / exames eletivos	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	347	2,73	947,31
107	Sede própria / exames eletivos	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	539	2,73	1.471,47
108	Sede própria / exames eletivos	HEMATOCRITO	2382	1,53	3.644,46
109	Sede própria / exames eletivos	HEMOGRAMA COMPLETO	7014	4,11	28.827,54
110	Sede própria / exames eletivos	PROVA DO LACO	313	2,73	854,49
111	Sede própria / exames eletivos	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	187	2,83	529,21
112	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	469	2,83	1.327,27
113	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	395	2,83	1.117,85
114	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	196	16,97	3.326,12
115	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	82	9,25	758,50
116	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	200	10	2.000,00
117	Sede própria / exames eletivos	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	443	2,83	1.253,69
118	Sede própria / exames eletivos	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	243	2,83	687,69
119	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1912	1,65	3.154,80
120	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	26	1,65	42,90
121	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	2769	1,65	4.568,85
122	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	2861	1,65	4.720,65
123	Sede própria / exames eletivos	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URIN	96	3,7	355,20
124	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	4	2,04	8,16
125	Sede própria / exames eletivos	DOSAGEM DE PROLACTINA	639	10,15	6.485,85
126	Sede própria / exames eletivos	ANTIBIOGRAMA	648	4,98	3.227,04

Rua 33 nº 453 – Setor Sul – Fone: (62) 3389-9400 - 76380-000 – Goianésia - GO

127	Sede própria / exames eletivos	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	639	5,62	3.591,18
128	Sede própria / exames eletivos	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1382	1,89	2.611,98
129	Sede própria / exames eletivos	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1469	1,37	2.012,53
130	Sede própria / exames eletivos	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	926	1,37	1.268,62
131	Sede própria / exames eletivos	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	191	2,73	521,43
HOSPITAIS E BANCO DE SANGUE					
item	Local	Procedimentos	Valor estimado Total Anual		
132	Sede própria	HOSPITAL INTERNAÇÃO - SUS	876.000,00		
133	Sede própria	BANCO DE SANGUE - SUS	361.800,00		

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

Ref: Edital de Credenciamento N° 02/2017, para Credenciamento de Hospitais, Clínicas e Laboratórios Prestadores de Serviço na Área da Saúde.

DECLARAÇÃO

A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na.....(endereço completo), inscrita no CNPJ sob o n°....., neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, DECLARA, sob as penas da lei, que até a presente data não existem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo de credenciamento, estando ciente da obrigação de decorar ocorrências posteriores, conforme disposto no § 2º do art. 32 da Lei nº 8.666/93.

Goianésia-GO., de.....de 2017

Razão Social da Empresa
Nome do Responsável Técnico ou Procurador
Carteira de Identidade – RG.

ANEXO V

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO
CREDENCIAMENTO**

Ref: Edital de Credenciamento Nº 02/2017, para Credenciamento de Hospitais, Clínicas e Laboratórios Prestadores de Serviço na Área da Saúde.

DECLARAÇÃO

A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na.....(endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, DECLARA, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que concordo e me submeto a todos os termos, normas, especificações pertinentes ao presente Edital de Credenciamento e seus Anexos, bem como, às leis, decretos, portarias e resoluções cujas normas incidam sobre o credenciamento..

Goianésia-GO.,, de.....de 2017

Razão Social da Empresa
Nome do Responsável Técnico ou Procurador
Carteira de Identidade – RG.

ANEXO VI

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES
CONSTANTES DA DOCUMENTAÇÃO**

Ref: Edital de Credenciamento Nº 02/2017, para Credenciamento de Hospitais, Clínicas e Laboratórios Prestadores de Serviço na Área da Saúde.

DECLARAÇÃO

A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na.....(endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, DECLARA, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações e a documentação apresentada para obtenção do credenciamento..

Goianésia-GO., de.....de 2017

Razão Social da Empresa
Nome do Responsável Técnico ou Procurador
Carteira de Identidade – RG.

ANEXO VII

MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO OCUPA CARGO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

Ref: Edital de Credenciamento N° 02/2017, para Credenciamento de Hospitais, Clínicas e Laboratórios Prestadores de Serviço na Área da Saúde.

DECLARAÇÃO

A
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na.....(endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, DECLARA, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, nos termos do que dispõe o inciso III, artigo 9º, da Lei nº 8.666/93, que não ocupa cargo na Administração Pública Municipal..

Goianésia-GO., de.....de 2017

Razão Social da Empresa
Nome do Responsável Técnico ou Procurador
Carteira de Identidade – RG.

ANEXO VIII

MINUTA CONTRATUAL

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
ESPECÍFICOS POR CREDENCIAMENTO N°...../2017**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS ESPECÍFICOS
POR CREDENCIAMENTO, QUE
ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO
MUNICIPAL DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE GOIANÉSIA – GO
E.....
.....**

Pelo presente instrumento particular, que entre si celebram o Município de Goianésia, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua 33 nº 453, Setor Sul, nesta cidade, inscrito no CNPJ nº 01.065.846/0001-72, por intermédio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede à Rua 33 nº 420, Centro, inscrito no CNPJ nº 36.975.571/0001-99, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Gestor, o Secretário Municipal de Saúde **HISHAM MOHAMAD HAMIDA**, brasileiro, cirurgião-dentista, portador do CPF nº842.014.361-87 da Cédula de Identidade RG nº 3767940 2ª Via DGPC/GO, assistido juridicamente pelo subprocurador do Município de Goianésia-GO, Dr. **VANDERLEI SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/GO sob o nº 42.693, ambos residentes e domiciliados nesta cidade; e, de outro lado,

_____, daqui por diante denominado simplesmente **CONTRATADO(A)**, à vista do Processo Administrativo nº _____ têm, entre si, justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento, o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECÍFICOS POR CREDENCIAMENTO**, com sujeição às disposições do art. 593 e seguintes do Código Civil e as normas ditadas pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com suas posteriores alterações, que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições a seguir descritas:

Rua 33 nº 453 – Setor Sul – Fone: (62) 3389-9400 - 76380-000 – Goianésia - GO

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

1.1. O presente contrato tem por objetivo a execução de serviços profissionais prestados pelo(a) CONTRATADO(A), na área da Saúde, como _____, procedimentos a seguir descritos:

Item do Anexo III - _____

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO:

2.1. Em contraprestação aos serviços descritos pela Cláusula Primeira o **CONTRATANTE** se compromete a efetuar o pagamento do valor estimado de R\$ _____ (_____), e da importância mensal de R\$ _____ (_____), de acordo com a fatura apresentada, através de Ordem Bancária nº _____, Agência nº _____, Conta nº _____, conforme Nota de Empenho nº _____.

2.2. As contas referentes aos atendimentos efetivamente prestados dentro de cada mês, deverão ser apresentadas pela **CONTRATADA** até o quinto dia útil do mês subsequente, sendo o pagamento das mesmas feito aproximadamente até o dia 20(vinte) de cada mês.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DO REAJUSTE DO PREÇO:

3.1. O valor somente será alterado, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde e mediante Termo Aditivo ao Contrato assinado pelas partes, alterando a Cláusula Segunda.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA:

4.1. O prazo de vigência do presente Contrato terá início no dia/...../2017 e término em/...../2018, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60(sessenta) meses, nos termos do inciso II do artigo 57 da lei 8.666/93, obedecendo a lei orçamentária anual;

4.2. A contratada que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar o seu desinteresse por escrito à contratante com antecedência mínima de 30(trinta) dias.

5. CLÁUSULA QUINTA – DAS CONTRIBUIÇÕES E IMPOSTOS:

5.1. O(a) **CONTRATADO(A)** se sujeita a descontos de importâncias referentes ao Imposto de Renda Retido na Fonte e às contribuições previdenciárias do INSS, previstos em lei.

6. CLÁUSULA SEXTA - DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO:

6.1. A prestação de serviços ora contratados não implica em exclusividade entre o **CONTRATANTE** e o(a) **CONTRATADO(A)**, inexistindo subordinação pessoal, já que o(a)

CONTRATADO(A) tem plena liberdade para o exercício de sua atividade profissional, ficando evidente, no entanto, que a importância prevista na Cláusula Segunda a ser paga está condicionada à execução dos serviços lá mencionados.

6.2. Nenhum vínculo empregatício decorrerá do credenciamento ora pactado, por tratar-se de prestadores de serviços não subordinados nos termos da CLT, sendo remunerados somente pelos serviços efetivamente prestados.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL:

7.1. Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo assinado pelas partes.

8. CLÁUSULA OITAVA – DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS:

8.1. A execução do presente Contrato será avaliada pela Secretária Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas.

9. CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

9.1. As despesas do presente Contrato ocorrerão à conta da seguinte dotação orçamentária: _____

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESPONSABILIDADE DO(A) CONTRATADO(A):

10.1. O(a) **CONTRATADO (A)** será responsável pela reparação civil de danos causados a terceiros decorrentes de ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência.

10.2. A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Contrato, pelos órgãos do SUS, pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Secretária Municipal de Saúde, não reduz nem exclui a responsabilidade do(a) **CONTRATADO(A)**.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA MULTA:

11.1. Fica estipulada a multa correspondente a 10% (dez por cento) sobre o valor do presente Contrato, na qual incorrerá a parte que infringir qualquer das Cláusulas deste instrumento, respondendo ainda por perdas e danos, lucros cessantes e, se houver rescisão judicial, por custas e honorários advocatícios.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO:

12.1. O presente Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo **CONTRATANTE** ou bilateralmente, atendendo sempre à conveniência da Administração Pública, desde que justificadamente.

12.2. A critério do **CONTRATANTE**, caberá rescisão deste Contrato independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, quando o (a) **CONTRATADO (A)** não cumprir quaisquer de suas obrigações contratuais ou transferir o Contrato, no todo ou em parte, sem prévia autorização do **CONTRATANTE**.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO:

13.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Goianésia – Goiás, para eventual discussão em torno do que ficou pactuado neste Contrato.

Estando as partes justas e mutuamente contratadas, assinam o presente Contrato em 03(três) vias de igual teor e conteúdo, para os mesmos fins, juntamente com 02(duas) testemunhas idôneas e abaixo identificadas.

Goianésia(GO), em de de 2017.

HISHAM MOHAMAD HAMIDA
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

CONTRATADO(A)

Testemunhas:

1. _____

2. _____

ANEXO IX

TERMO DE REFERÊNCIA

1 - OBJETO:

1.1 - Contratação de hospitais, clínicas e laboratórios prestadores de serviços na área da saúde, para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, em suas dependências com os materiais, corpo clínico e recursos técnicos disponíveis, nas especialidades de clínica médica cirúrgica, obstétrica, ortopedia, pediatria, serviços ambulatoriais, AIH's – Autorização de Internação Hospitalar, e exames complementares, tais como radiológicos (na sede do prestador e no Hospital Municipal, por plantão), de imagem, de análises clínicas (na sede do prestador e no Hospital Municipal, por plantão) , cardiológicos, serviços de hemoterapia, e todos os demais exames e procedimentos previstos nas quantidades, especificações valores estabelecidos no Anexo III do Edital de Credenciamento, para o exercício fiscal de 2017.

2 - JUSTIFICATIVA:

2.1 -A Secretaria Municipal de Saúde/ Fundo Municipal de Saúde, através da rede municipal de saúde, não apresenta condições para realização dos serviços pelo quadro próprio, seja no caso das internações hospitalares, pois o Hospital Municipal não suporta a demanda, seja, sobretudo, os exames radiológicos, por imagem e de análises clínicas, os quais são realizados pela rede particular conveniada/credenciada, a fim de atender os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.2 - Como se sabe, o credenciamento é inexigível de licitação, com fundamento no art. 25 da Lei nº 8.666/93, em razão da impossibilidade de existir competição entre eventuais interessados, devido a padronização dos preços dos serviços.

2.3 - Desta forma, tendo em vista o respeito da Administração em relação à saúde da população de Goianésia, no sentido de proporcionar melhor qualidade de seus serviços de saúde, buscando garantir o acesso dos usuários a um atendimento digno, e principalmente tendo em conta que a saúde é um direito assegurado a todos, consoante disposição do art. 196 da Constituição Federal de 1988, competindo ao Estado (município, estado e união) prover e garantir condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

3 – PRAZO, LOCAL E CONDIÇÕES DE ENTREGA OU EXECUÇÃO:

3.1 – O prazo para execução dos serviços será de 12 (doze) meses a partir da data de assinatura do termo contratual, podendo ser prorrogado por até 60 (sessenta) meses, nos termos da Lei nº 8.666/93;

Rua 33 nº 453 – Setor Sul – Fone: (62) 3389-9400 - 76380-000 – Goianésia - GO

3.2 – O local da prestação do serviço, será nas dependências da Contratada, com os materiais, corpo clínico/técnico e recursos técnicos disponíveis e necessários à regular e perfeita prestação dos serviços, com a ressalva de que os prestadores de serviços de exames radiológicos e de análises clínicas; por plantão, prestarão serviços, também, no Hospital Municipal;

3.3 – Os serviços serão considerados entregues e realizados mediante a documentação de cobrança, que compreenderá Nota Fiscal e Fatura - os quais deverão ser entregues até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação do serviço - e Relatório dos Serviços efetivamente prestados, devidamente auditados pelo setor competente da Secretaria Municipal de Saúde;

3.4 – Estando a documentação de acordo e atestada pelo Gestor o pagamento será feito até o dia 20(vinte) do mês subsequente, mediante ordem bancária na conta indicada pelo Contratado;

4 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

4.1 – Fazer os encaminhamentos aos hospitais, clínicas e laboratórios, sempre por escrito, com a devida autorização do Gestor do SUS;

4.2 – Fazer os pagamentos nos prazos pactuados;

5 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

5.1 – Realizar o atendimento na forma pactuada;

5.2 – Encaminhar a documentação da Fatura e/ou Nota Fiscal de forma detalhada com indicação de procedimentos, preço unitário e total;

5.7 – Informar à Secretaria Municipal de Saúde qualquer irregularidade com o encaminhamento dos pacientes:

6 - AVALIAÇÃO DOS CUSTOS:

6.1 - O custo estimado mensal das despesas decorrentes da contratação mediante credenciamento é da ordem de R\$ 204.444,93(duzentos e quatro mil, quatrocentos e quarenta e quatro reais e noventa e três centavos), o que importa no valor global estimado para doze meses, na ordem de R\$ 2.453.339,15(dois milhões, quatrocentos e cinquenta e três mil, trezentos e trinta e nove reais e quize centavos).

Goianésia (GO), 21 de Agosto de 2017.

HISHAM MOHAMAD HAMIDA
Gestor do Fundo Municipal de Saúde