



**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO**

**CRENCIAMENTO Nº 001/2017**

O MUNICÍPIO DE GOIANÉSIA, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua 33, nº 453, Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, RENATO DE CASTRO, por meio da Comissão de Credenciamento dos Profissionais de Saúde, nomeada através da Portaria nº 063/2017 – SMS de 09 de março de 2017, torna público que, em cumprimento aos preceitos contidos na Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores, a Instrução Normativa 07/2016 com as alterações da Instrução Normativa n.º 01/2017, do TCM, que estará recebendo, em sua sede, no horário de expediente, os procedimentos para cadastramento para efeitos de credenciamento de pessoa físicas ou jurídicas que atuarão junto à Secretaria Municipal de Saúde e Programas de Saúde do município, entre os **dias 22 a 31 de março de 2017**, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, em horário de expediente, compreendido **entre 08:00 e 11:00 horas e das 13:00 às 17:00horas**, segundo as condições estabelecidas no presente edital e seus anexos, cujos termos, igualmente o integram, cujo resultado será publicado no site [www.goianesia.go.gov.br](http://www.goianesia.go.gov.br) em **10 de abril de 2017**.

**1. DO OBJETO**

1.1. O presente edital destina-se cadastrar pessoas Físicas e Jurídicas para posterior credenciamento, mediante documentação e pedido de inscrição para prestação de serviços especializados na área da saúde aos usuários do Sistema SUS do Município de Goianésia, em conformidade com a Instrução Normativa 07/2016 com as alterações da Instrução Normativa n.º 01/2017, exaradas pelo Tribunal de Contas dos Municípios, com disponibilidades técnica conforme segue:

1.1.1. Serviços de Saúde

ACADEMIA DA SAÚDE					
VAGAS	RESERVA	FUNÇÃO	ESCOLARIDADE	C. HORÁRIA	VALOR
01	02	Educador Físico	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00

CENTRO DE REABILITAÇÃO					
VAGAS	RESERVA	FUNÇÃO	ESCOLARIDADE	C. HORÁRIA	VALOR
01	02	Psicólogo	Superior	40 HS	R\$ 3.106,00
02	02	Fonoaudiólogo	Superior	40 HS	R\$ 3.106,00
01	02	Fisioterapeuta	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00



<b>NÚCLEO DE APOIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF</b>					
<b>VAGAS</b>	<b>RESERVA</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>C. HORÁRIA</b>	<b>VALOR</b>
02	02	Assistente social	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00
02	02	Nutricionista	Superior	40 HS	R\$ 3.106,00
02	02	Psicólogo	Superior	40 HS	R\$ 3.106,00
02	02	Fisioterapeuta	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00
02	02	Ed. Físico	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00
02	02	Farmacêutico	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00

<b>MELHOR EM CASA – EMAD</b>					
<b>VAGAS</b>	<b>RESERVA</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>C. HORÁRIA</b>	<b>VALOR</b>
01	02	Médico	Superior	40 HS	R\$10.533,22
01	02	Enfermeiro	Superior	40 HS	R\$ 3.106,00
03	02	Téc. Enfermagem	Técnico	40 HS	R\$ 1.345,00
01	02	Fisioterapeuta	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00

<b>MELHOR EM CASA – EMAP</b>					
<b>VAGAS</b>	<b>RESERVA</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>C. HORÁRIA</b>	<b>VALOR</b>
01	02	Assistente social	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00
01	02	Psicólogo	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00
01	02	Fonoaudiólogo	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00
01	02	Nutricionista	Superior	30 HS	R\$ 2.329,00



<b>CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS</b>						
<b>VAGAS</b>	<b>RESERVA</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>C HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>C HORÁRIA DIÁRIA</b>	<b>VALOR</b>
01	02	Médico Psiquiatra	Superior	20 h	04 h	R\$ 9.450,00
02	02	Psicólogo	Superior	30 h	06 h	R\$ 2.329,00
01	02	Assistente Social	Superior	30 h	06 h	R\$ 2.329,00
01	02	Musicoterapeuta	Superior	30 h	06 h	R\$ 2.329,00
01	02	Psicopedagogo Clínico	Superior	30 h	06 h	R\$ 2.329,00
01	02	Educador Físico	Superior	30 h	06 h	R\$ 2.329,00
0	02	Enfermeiro	Superior	40 h	08 h	R\$ 3.106,00
01	02	Téc. em Enfermagem	Técnico	40 h	08 h	R\$ 1.345,00
02	02	Artesão	Médio	40 h	08 h	R\$ 1.345,00

<b>ATENÇÃO BÁSICA ( UBS / ESF) E AMBULATÓRIO*</b>						
<b>VAGAS</b>	<b>RESERVA</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>C HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>C HORÁRIA DIÁRIA</b>	<b>VALOR</b>
07	05	Médico Generalista	Superior	40 h	08 h	R\$ 10.533,22
01	02	Médico Ginecologia e Obstetrícia	Superior	20 h	04 h	R\$ 9.450,00
01	02	Médico Cardiologia	Superior	20 h	04 h	R\$ 9.450,00
01	02	Médico Pediatria	Superior	20 h	04 h	R\$ 9.450,00
01	01	Médico	Superior	20 h	04 h	R\$ 9.450,00



		Ortopedia				
01	01	Médico Dermatologia	Superior	-	-	R\$ 59,00***
01	01	Médico Psiquiatria	Superior	-	-	R\$ 59,00
01	01	Médico Endocrinologia	Superior	-	-	R\$ 59,00
01	01	Médico Neurologia	Superior	-	-	R\$ 59,00
01	01	Médico Ortopedia	Superior	-	-	R\$ 59,00
01	01	Médico Nefrologia	Superior	-	-	R\$ 59,00
01	01	Médico Otorrinolaringologia	Superior	-	-	R\$ 59,00
01	01	Médico Urologia	Superior	-	-	R\$ 59,00
01	01	Médico Oftalmologia**	Superior	-	-	R\$ 59,00
05	05	Enfermeiro PSF	Superior	40 h	08 h	R\$ 3. 106,00
07	07	Técnico de Enfermagem	Técnico	40 h	08 h	R\$ 1.345,00
02	02	Cirurgião Dentista	Superior	40 h	08 h	R\$ 3.106,00
01	02	Cirurgião Dentista	Superior	20 h	04 h	R\$ 1.553,00
02	02	Cirurgião Dentista	Superior	10 h	Final de semana	R\$ 776,50



SAMU					
VAGAS	RESERVA	FUNÇÃO	ESCOLARIDADE	C. HORÁRIA	VALOR
08	08	Médico intervencionista	Superior	Plantão 12 h	R\$ 945,00
08	08	Enfermeiro	Superior	Plantão 12 h	R\$ 200,00
08	08	Técnico em enfermagem	Técnico	Plantão 12 h	R\$ 85,00

HOSPITAL / UPA / AMBULATÓRIO					
VAGAS	RESERVA	FUNÇÃO	ESCOLARIDADE	C. HORÁRIA	VALOR
04	04	Médico Anestesiologia	Superior	Plantão 12 h	R\$ 828,00
01	01	Médico Anestesia	Superior	Conforme demanda	Por procedimento
02	04	Médico Cirurgião Geral	Superior	Plantão 12 h	R\$ 1.000,00
02	04	Médico Cirurgião Geral	Superior	Conforme demanda	Por procedimento
01	02	Médico Cirurgia Ortopédica	Superior	Conforme demanda	Por procedimento
04	04	Médico Clínica Geral	Superior	Plantão 12 h (final de semana)	R\$ 1.104,00
06	06	Médico Clínica Geral	Superior	Plantão 12 h (segunda a sexta)	R\$ 897,00
05	05	Médico Ginecologia e Obstetrícia	Superior	40 h	R\$ 18.900,00*
04	04	Médico Ginecologia e Obstetrícia	Superior	Plantão 12 h + procedimentos*	R\$ 828,00
01	01	Médico Neonatologia	Superior	Plantão 12 h	R\$ 828,00



04	04	Médico Pediatria	Superior	Plantão 12 h + sala de parto	R\$ 828,00
02	02	Médico Ortopedia	Superior	Plantão 12 h	R\$ 1.000,00
02	02	Médico Ortopedia	Superior	Plantão 12 (final de semana)	R\$ 1.104,00
02	02	Enfermeiro	Superior	40 h	R\$ 3.106,00
04	04	Enfermeiro	Superior	Plantão 12 h	R\$ 200,00
06	06	Técnico em Enfermagem	Técnico	Plantão 12 h	R\$ 85,00
06	06	Técnico em Radiologia	Técnico	24 h/semanais	R\$ 2.000,00

## 2. DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar deste procedimento todos os interessados (pessoa física e pessoa jurídica) que preencham as condições mínimas exigidas neste edital, no prazo de vigência do presente certame.

## 3. DO CREDENCIAMENTO

3.1. É facultado a todo profissional que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significa sua administração a um cadastro de profissionais da área que ficará a disposição dos beneficiários.

3.2. O credenciamento será feito a todas as pessoas independentes do número de vagas oferecidas, cabendo ao Poder Público credenciante o encaminhamento dos beneficiários, conforme a necessidade e conveniência.

3.3. A inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pela Prefeitura.

## 4. PROCEDIMENTOS TAREFAS/TRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

4.1. Os atendimentos e serviços prestados serão demonstrados mensalmente, através de faturas de serviços expedidos pelos credenciados ou comprovação do cumprimento da jornada mínima pactuada em quantidade de horas do profissional, com visto da Secretaria Municipal de Saúde.

## 5. CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA

5.1. O requerimento de inscrição dos interessados, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, deve estar acompanhado dos seguintes documentos:

- Curriculum (Anexo I), constando endereços e telefones atuais, inclusive dos antigos contratantes;
- CPF – Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- CI – Carteira de Identidade/Registro Geral junto a órgão oficial de identificação;



- Comprovante de Registro na Entidade Profissional de Classe, através da apresentação da Carteira de Identidade Profissional, expedida pelo Conselho Regional da sua Categoria, acompanhado da respectiva certidão de regularidade;
- Certificado de Conclusão de Curso: Diploma – devidamente registrado por entidade competente;
  - Certificado de residência médica na especialidade emitida por serviço credenciado junto ao MEC; ou
  - Título de especialista emitido pelo Conselho Federal de Medicina; ou
  - Declaração/Certificado de especialista emitido pela Sociedade competente;
- Comprovante de endereço atualizado;
- Certidão Negativa junto a Receita Federal e Procuradoria Geral da União;
- Certidão Negativa junto a Receita Estadual;
- Certidão Negativa Municipal;
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

## **6. CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA**

6.1. O requerimento de inscrição dos interessados, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, deve estar acompanhado dos seguintes documentos:

6.2 – Documentos Pessoas Jurídicas:

6.2.1 HABILITAÇÃO JURÍDICA:

6.2.2. Registro comercial, no caso de empresário;

6.2.3. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor devidamente registrado, em se tratando de sociedade empresária e, no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores;

6.2.4. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedade simples;

6.2.5. Decreto de autorização, em se tratando de sociedade estrangeira em funcionamento no País, acompanhada do ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo Órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

6.2.6 A documentação exigida das pessoas físicas para participação no processo de credenciamento:

6.2.7.1 Cédula de Identidade;

6.2.7.2 Prova de Inscrição no Cadastro Individual de Contribuinte (CIC ou CPF) do Ministério da Fazenda;

6.2.7.3 Apresentar os documentos exigidos no item 5.1 dos profissionais pertencentes ao quadro da pessoa jurídica interessada, para os processo de classificação.

6.3. REGULARIDADE FISCAL:

6.3.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;

6.3.2. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal: Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;



6.3.3. Prova de inexistência de débito, relativo às Contribuições Sociais, Certidão Negativa de Débito-CND, fornecida perante o Instituto Nacional da Seguridade Social-INSS;

6.3.4. Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS (Certificado de Regularidade do FGTS – CRF).

6.3.5. Certidão de Regularidade Fiscal perante a Secretaria da Fazenda Estadual;

6.3.6. Prova de regularidade para com a Fazenda do Município, relativa à sede ou domicílio da empresa;

#### 6.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

6.4.1. Apresentar registro e inscrição do responsável técnico da empresa no conselho profissional competente pela fiscalização do exercício da profissão regulamentada;

6.4.4.1. O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e/ou, áreas de atuação, conforme Resolução do CFM nº 1666/2003, anexo II, item 1, letra 'n'.

6.4.4.2. Relação contendo os nomes e funções do corpo clínico atuante na prestação dos serviços ofertados, acompanhado de cópia da Cédula de Identidade, CPF e Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria do técnico responsável;

6.4.4.3. Relação dos serviços que se propõe a prestar conforme objeto deste chamamento, concordando com os valores estabelecidos nas tabelas de valores, assinada pelo responsável técnico da empresa;

6.4.4.4. Declaração de Responsabilidade, conforme anexo 4.

Observação: Os documentos expedidos pela Internet poderão ser apresentados em forma original ou cópia reprográfica sem autenticação. Entretanto, estão sujeitos á verificação de sua autenticidade através de consulta. Os demais documentos deverão ser cópias atualizadas e autenticadas pelo tabelião ou por servidor Municipal.

#### 7. DA CLASIFICAÇÃO:

7.1. Todos os profissionais, seja pessoa jurídica ou física, que se inscreverem e apresentarem a documentação exigida neste edital serão credenciadas e chamadas conforme as vagas oferecidas e na ordem de classificação a ser apurada, de acordo com o seguintes critérios:

7.1.2. Experiência profissional na área concorrida – 0,2 pontos por ano de experiência, limitados a 2,0 pontos;

7.1.3. Cursos de aprimoramento e aperfeiçoamento profissional na área de atuação com carga horária mínima de 30 horas – 0,3 pontos por curso, limitados a 1,5 pontos;

7.1.4. Cursos de aprimoramento e aperfeiçoamento profissional na área de atuação com carga horária mínima de 100 horas – 0,2 pontos por curso, limitados a 2,0 pontos.

7.1.5. Especialização(ões) – 0,5 pontos por especialização, limitados a 1,0 ponto;

7.1.6. Mestrado – 1,5 pontos;

7.1.7. Doutorado – 2,0 pontos;



7.2. Após a convocação e entrega da documentação solicitada atualizada, o Fundo Municipal de Saúde formalizará o credenciamento dos profissionais, facultando-lhe o aumento na quantidade de vagas, bem como, a diminuição ou extinção delas.

7.3. Os credenciamentos poderão ser rescindidos a qualquer tempo pela administração, especialmente no caso de realização de concurso público.

## **8 DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

8.1. Os serviços a serem prestados no município de Goianésia, especificamente junto a Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos da administração municipal que integram o Sistema Único de Saúde Municipal.

8.2. A execução dos serviços será em conformidade com os programas de saúde, através de procedimentos específicos ou mediante a prestação de hora do profissional envolvido, observando a jornada mínima fixada no instrumento contratual, não superior à carga horária estipulada pela legislação trabalhista acerca dos funcionários atuantes na área da saúde.

## **9. DA CONTRATAÇÃO:**

9.1. Serão contratados de acordo com as atividades que o FMS necessite, as pessoas jurídicas que primeiro se credenciarem, ou no caso das pessoas físicas, os profissionais melhor pontuados, conforme critério do item 7.2.

9.2. A convocação dos credenciados para assinatura do contrato/credenciamento será feita por meio de notificação via e-mail, fax, telefone ou via correios.

9.3. Para assinatura do contrato de credenciamento os credenciados terão o prazo de 02 (dois) dias úteis após a convocação, permitindo a prorrogação por igual período, na forma do § 1º, art. 64 da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

9.4. As contratações se darão dentro do limite de vagas de acordo com a demanda presente e futura, na implantação e operacionalização dos serviços de saúde.

9.5. O contrato terá vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, a contar da data de assinatura do contrato até 31 de dezembro de 2017, podendo ser prorrogado caso haja interesse entre as partes, na forma do art.57 da Lei nº 8.666/93, podendo ser corrigido pela Tabela aprovada pelo Conselho e obedecendo as instruções e resoluções do Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios.

## **10. REMUNERAÇÃO: PREÇO, FORMA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

10.1. A remuneração dos serviços prestados pelas pessoas credenciadas será mensal, mediante a apresentação da nota fiscal/fatura devidamente acompanhada das respectivas produções registradas nos sistemas específicos do Município através da Secretaria Municipal de Saúde.

10.2. A Administração Municipal, oportunamente pagará aos credenciados (pessoa física ou jurídica) da área de saúde as faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme valores constantes da tabela aprovada pelo conselho de saúde, pelos serviços efetivamente prestados e comprovados através do quadro de frequência, das planilhas de produções de serviços, escalas de plantões, autorizações de internações hospitalares e demais autorizações auditadas.

10.3. É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros (associação de servidores, p. ex) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.



10.4. O faturamento será realizado mensalmente, devendo as contas serem encerradas até o último dia de cada mês e repassada ao setor competente do FMS até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, sob pena de serem consideradas como do mês seguinte.

10.5. Os pagamentos acontecerão até o dia 20 (vinte) de cada mês após o repasse da verba ou recurso do Fundo Municipal de Saúde.

10.6. Nenhum pagamento será efetuado ao credenciado enquanto pendente de liquidação, qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária (quando for o caso);

10.7. O pagamento será via Ordem Bancária, creditado na instituição bancária eleita pelo credenciado, que deverá indicar na Nota Fiscal o banco, nº da conta corrente e agência com a qual opera. Quando o pagamento for creditado a pessoa física, a mesma deverá apresentar no ato do credenciamento a agência bancária e conta para recebimento.

10.8. Sobre o valor do crédito pago e previsto, será observado o que estabelecem as legislações vigentes quanto aos procedimentos de retenção, recolhimento e fiscalização relativos aos encargos previdenciários.

10.9. Qualquer erro ou omissão ocorrido na documentação fiscal será motivo de correção por parte do credenciado e haverá, em decorrência, suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado.

## **11. DO PRAZO DE VALIDADE DO CREDENCIAMENTO**

11.1. O credenciamento do proponente será julgado para cada área ou especialidade disposta neste edital e terá validade de 12 (doze) meses corridos, contados a partir da publicação do deferimento do pedido, podendo ser prorrogado mediante justificativa expressa de conveniência e oportunidade da Administração, desde que verificadas as condições nele explicitadas.

11.1.1. A análise das propostas terá início no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após seu recebimento.

11.1.2. O credenciamento não implica na obrigação de contratar por parte do Município.

11.1.3. Havendo interesse do Município na contratação de serviços de atendimento para determinada área ou especialidade, serão celebrados os ajustes, por meio da CPL ou da Secretaria Municipal de Saúde, com todas as proponentes já credenciadas para a área ou especialidade pretendida.

11.1.4. O Edital ficará aberto para novos credenciamentos que atendam a este edital durante 12 (doze) meses, podendo os requerimentos para credenciamento serem protocolados na sede da Prefeitura Municipal e encaminhados para Secretaria Municipal de Saúde.

## **12. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

12.1. As despesas resultantes deste procedimento correrão a contas do orçamento geral do município e com recursos advindos de programas e convênios do Governo Federal e Estadual.

## **13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

13.1. O profissional que, depois de credenciado não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficará sujeito às penalidades, previstas nos artigos 86 e 87 e seus parágrafos, da Lei nº 8.666/93, abaixo:



- Advertência;
- Multa de 10% (dez por cento) do valor da obrigação, nos casos de se negarem a cumprir com as obrigações assumidas expressa ou tacitamente, valor este atualizado até a data da sua liquidação através do mesmo índice de correção monetária utilizado para os serviços públicos municipais;
- Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro de Profissionais de Saúde da Administração Municipal o tornará impedido durante 05 (cinco) anos de participar de novos chamamentos ou a sua contratação pelo poder público.

13.2. Os usuários poderão denunciar qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou faturamento.

#### **14. DA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

14.1. O credenciamento será formalizado mediante Termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

14.2. Após o credenciamento a Administração convocará o credenciados para assinar o termo de credenciamento.

14.3. O credenciamento terá vigência até 31 de dezembro de 2017, contado da data da assinatura do termo. Para revalidação os interessados deverão reapresentar toda a documentação exigida neste edital.

14.4. O Município poderá, a qualquer momento, solicitar do credenciado a comprovação de recolhimento do INSS e FGTS do período a que está vinculado e em caso de inadimplemento suspenderá a credencial.

14.5. Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital sem que caibam reclamações ou indenizações.

14.6. O credenciado ou a Administração poderão a qualquer tempo, denunciar o ajuste, bastando notificar, com a antecedência mínima de 30 dias.

#### **15. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

15.1. Este edital de chamamento, após publicado na imprensa oficial, admitirá a apresentação de propostas pelo prazo de até 09 (nove) dias corridos.

15.2. Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Goianésia, localizada na 33 n° 420, Centro, em dias de expediente normal e horário comercial.

Goianésia - GO, 09 de março de 2017.

**VANDERLEI SILVA**  
Presidente

**GILDACIA PEREIRA  
RIBEIRO SIQUEIRA**  
Secretária

**ELIESIO XAVIER**  
Membro



**MARIANA CÁSSIA  
NUNES OLIVEIRA  
SOUSA**  
**Membro**

**JONATHAS LOPES DA  
SILVA**  
**Membro**

**TAINARA BRAGA**  
**Membro**

**UELBERSON PIRES DA  
SILVA**  
**Membro**



### 1- IDENTIFICAÇÃO

<b>NOME:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>
<b>EMAIL / TELEFONE:</b>
<b>CARGO PRETENDIDO:</b>

### 2- REQUISITO (Não será pontuado)

#### 2.1- Formação escolar ou acadêmica

Curso	Instituição	Término

#### 2.2- Registro no Conselho

Nome do Conselho	Nº do conselho

### 3- TÍTULOS

#### 3.1 – Especialização com carga horária mínima de 360 h (nos últimos 15 anos)

Curso	Instituição	Data de Término	Pontuação*
Pontuação total*			
* Uso exclusivo da comissão do CPSS			

#### 3.2 – Mestrado

Curso	Instituição	Data de Término	Pontuação*



Pontuação total\*  
\* Uso exclusivo da comissão do CPSS

### 3.3 – Doutorado

Curso	Instituição	Data de Término	Pontuação*
Pontuação total* * Uso exclusivo da comissão do CPSS			

### 3.2- Cursos com carga horária mínima de 30 h (nos últimos 05 anos)

Nº	Curso	Instituição	Data de Término	Pontuação*
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
Pontuação total* * Uso exclusivo da comissão do CPSS				

### 3.3 - Cursos com carga horária superior 100 h (nos últimos 05 anos)

Nº	Curso	Instituição	Data de Término	Pontuação*
01				
02				
03				





**ANEXO II –  
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES DA PREFEITURA DE GOIANÉSIA.

A \_\_\_\_\_ com sede e foro na \_\_\_\_\_ (rua, bairro etc) da cidade de \_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ por seu \_\_\_\_\_ (cargo) Sr(a). \_\_\_\_\_, que esta subscreve, vem solicitar seu credenciamento para  
prestação de serviços \_\_\_\_\_ no município de Goianésia, na especialidade de  
\_\_\_\_\_.

Concordamos em nos submeter a todas às disposições constantes do Regulamento do Edital de  
Credenciamento nº 001/2017.

Atenciosamente

Goianésia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Nome e assinatura de representante legal



**MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

À

COMISSÃO DE LICITAÇÕES

Ref.: Credenciamento nº 001/2017 - SMS.

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(Razão Social e CNPJ) através de seu Diretor ou Responsável Legal, declara, sob as penas da lei que, até a presente data não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Local, ..... de ..... de 2017.

Assinatura do responsável

Nome (completo): .....

(carimbo da empresa e/ou individual)



**MODELO DE DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENORES DE 18 ANOS**

**DECLARAÇÃO**

**Declaro** para os fins de direito, na qualidade de licitante do procedimento de credenciamento acima citado, em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal combinado ao inciso V do artigo 27 da Lei 8.666/93, que não possuímos em nosso quadro funcional, pessoas menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Local, ..... de ..... de 2017.

Razão Social:.....

Assinatura do responsável

Nome (completo): .....

(carimbo da empresa e/ou individual)



À

COMISSÃO DE LICITAÇÕES

REF.: CREDENCIAMENTO Nº 001/2017.

**ANEXO V**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

A empresa e/ou profissional....., estabelecida(o) na Rua ....., cidade de....., inscrita no CNPJ e/ou CPF sob o nº ....., através do seu Responsável Técnico..... DECLARA sob as penas da lei, que se responsabiliza pela prestação dos serviços em conformidade com a legislação pertinente e que concorda em prestar serviços objeto deste edital em seu estabelecimento, aceitando receber os valores constantes nas tabelas anexadas ao edital de Chamamento Público nº /2017. Responsabiliza-se também pela apresentação de toda documentação exigida no capítulo VI deste Edital para pagamento, sob pena de indeferimento do pagamento pelos serviços prestados.

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Local, ..... de ..... de 2017.

Razão Social:.....

Assinatura do responsável

Nome (completo): .....

(carimbo da empresa e/ou individual)



**MINUTA DE CONTRATO**

**CRENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS**

**CONTRATO CREDENCIAMENTO N.º \_\_\_\_/2017**

Termo de Credenciamento de Prestação de Serviços de Saúde celebrado entre o MUNICÍPIO DE GOIANÉSIA, através da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde e o Sr.º.(ª)/Empresa ....., autorizado através do Processo de Credenciamento n.º. 001/2017.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE– FMS** do Município de Goianésia, inscrito no CNPJ –MF sob n.º 36.975.571/0001-99, representado pelo **GESTOR**, o Secretário Municipal de Saúde, **DR. HISHAM MOHAMAD HAMIDA**, brasileiro, cirurgião-dentista, inscrito no CRO/SP sob o n.º 81839, portador da CI/RG n.º 3767940 2ª Via -DGPC/GO e do CPF n.º 842.014.361-87, residente e domiciliado neste município, assistido pelo Chefe da Procuradoria Jurídica do Município, **DR. ORLANDO GUILHERME VEIGA DE ARAÚJO**, brasileiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil – OAB/GO sob n.º 33836, portador da CI/RG: 5196151 – SPTC/GO e CPF: 711.064.481-20, residente e domiciliado na Rua Padre Ângelo Maria Monreal N.º 04, Centro, Goianésia – Goiás, doravante denominado **CONTRATANTE**, e do outro lado, (XX), pessoa jurídica/física inscrita no CPF n.º. (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) e C.I. n.º. (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX), situada/residente à Avenida/Rua (XX), neste ato representado legalmente pelo(a) Sr.º.(ª.) (XX), estado civil, , Inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob o n.º.(XXXXXX), neste ato denominado de **CONTRATADO**, mediante cláusulas e condições seguintes.

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** O(A) CONTRATADO(A) declara que aceita prestar os serviços, objeto deste contrato, com total observância da legislação pertinente do CONTRATANTE, nos serviços.....”.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** AO(A) CONTRATADO(A) cabe o dever de segurança pelos serviços prestados na forma deste contrato aos usuários da assistência do CONTRATANTE.

Parágrafo Único: O(A) CONTRATADO(A) será responsável pelas consequências decorrentes de culpa profissional individualmente e/ou em equipe.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** O CONTRATANTE se reserva no direito de, a qualquer tempo,

E a seu exclusivo critério, avocar a si a prestação da assistência ao paciente.

**CLÁUSULA QUARTA:** Os serviços, objeto deste contrato, que tenham sido regularmente prestados conforme o estipulado na “CLÁUSULA PRIMEIRA” serão pagos ao CONTRATADO(A), pelo CONTRATANTE, de acordo com os valores estipulados no Edital de Credenciamento n.º 001/2017 Processo n.º 00. .../.

**CLÁUSULA QUINTA:** Observado o regime normativamente estabelecido pelo CONTRATANTE, o(a) CONTRATADO(A) apresentará, mensalmente, dentro do prazo fixado pelo CONTRATANTE em impressos/modelos aprovados pelo mesmo, relatório inerente às atividades realizadas correspondente(s) aos serviços prestados no mês anterior, juntamente com a respectiva documentação complementar.

§1º -O CONTRATANTE liquidará a(s) conta(s) mensal(ais)apresentada(s) pelo(a) CONTRATADO(A) no prazo de até 20 (vinte) dias da data de sua aprovação, ressalvada a hipótese de suspensão e/ou interrupção da



conferência, ou do processamento da documentação, por motivos administrativos ou técnicos, o que implicará em correspondente dilatação do prazo.

§2º - As eventuais reclamações, retificações ou impugnações do CONTRATANTE, relativamente à(s) conta(s) apresentada(s) pelo(a) CONTRATADO(A), serão feitas por escrito.

#### **CLÁUSULA SEXTA – RECURSOS:**

As despesas decorrentes deste contrato correrão à conta da dotação orçamentaria:

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DO ENCAMINHAMENTO DOS SERVIÇOS:**

O Município, através da Secretaria de Saúde fará encaminhamento dirigido JUNTA MÉDICA.

#### **CLÁUSULA OITAVA - RESCISÃO CONTRATUAL:**

8.1. O Presente Contrato poderá ser rescindido a critério da CONTRATANTE, sem que à CONTRATADA caiba qualquer indenização, ou, reclamação.

8.2. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento;

8.3. Constituem motivos para rescisão do contrato, no que couber, as hipóteses previstas no Artigo 78 da Lei 8.666/93;

8.4. O Contrato poderá ser rescindido se, por algum motivo, o CONTRATADO deixar de possuir as condições de habilitação exigidas no Edital de Credenciamento;

8.5. A rescisão contratual poderá ocorrer nas formas previstas no Artigo 79 da Lei 8.666/93;

8.6. Poderá ser solicitada rescisão de contrato por parte do CONTRATADO, com uma antecedência mínima de 2(dois) meses, condicionada à análise do CONTRATANTE quanto a possibilidade da rescisão antes do término de vigência do presente contrato.

#### **CLÁUSULA NONA - PENALIDADE E SANÇÕES:**

O profissional que, sem justa causa, após credenciado não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficará sujeito às penalidades, previstas nos artigos 86 e 87 e seus parágrafos, da Lei nº 8.666/93, abaixo:

- Advertência;
- Multa de 10%(dez por cento) do valor da obrigação, nos casos de se negarem a cumprir com as obrigações assumidas expressa ou tacitamente, valor este atualizado até a data da sua liquidação através do mesmo índice de correção monetária utilizado para os serviços públicos municipais;
- Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro de Profissionais de Saúde da Administração Municipal o tornará impedido durante 05 (cinco) anos de participar de novos credenciamentos ou a sua contratação pelo poder público.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DA FISCALIZAÇÃO:**

A Secretaria Municipal de Saúde se reserva o direito de fiscalizar como lhe aprouver, e no seu exclusivo interesse o exato cumprimento das Cláusulas e condições estabelecidas no presente Termo, verificando a procedência dos fornecimentos e serviços prestados.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - CONDIÇÕES GERAIS**



10.1. Fazem parte deste instrumento os documentos constantes do Processo, respeitando o disposto no Edital de CREDENCIAMENTO Público – Credenciamento nº 001/2017 e seus anexos e observações, tendo plena validade entre as partes contratantes;

11.2 - A tolerância de qualquer das partes, relativa às infrações cometidas contra disposições deste Contrato, não exime o infrator de ver exigida, a qualquer tempo, seu cumprimento integral;

11.3 - A Contratada se obriga a manter as condições de habilitação e qualificação durante a vigência deste contrato, sob pena da aplicação do disposto na Cláusula Nona;

11.4 – O Contratado deverá solicitar previamente os afastamentos para participar de congressos, cursos, seminários e outros, devendo aguardar em serviço a autorização formal da coordenação da Secretaria Municipal de Saúde;

11.5 - O Presente Contrato é regido pela Lei 8.666/93 e alterações;

11.6 - Fica eleito o Foro da Comarca de Goianésia, para dirimir eventuais litígios oriundo do presente Contrato.

E, por assim estarem de acordo e ajustados, firmam este instrumento, em quatro vias, de igual teor e forma, perante duas testemunhas abaixo assinadas para a produção dos desejados efeitos jurídicos.

Goianésia - GO, (xxx) de (xxxxxxxxxxxxxxxx) de (xxxxxx).

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ nº. XXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Gestora do FMS

Credenciante/Contratante

(XX)

CNPJ/CPF nº. (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

(XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

Representante

Credenciado(a)/Contratado(a)

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_