



**ESTADO DA BAHIA**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

# CREENCIAMENTO Nº 001/2021





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

#### EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2021

O **MUNICÍPIO DE JOÃO DOURADO**, no Estado da Bahia, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça João Dourado, nº 06, Centro, JOÃO DOURADO/BA, através da Comissão Permanente de Licitação, torna público, para o conhecimento dos interessados, que está instaurando processo de **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**, em conformidade com o disposto na Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações, onde estarão **recebendo a partir do dia 02/02/2021**, em sua sede, no horário de expediente, as inscrições de instituições de saúde e profissionais da área de saúde para posterior prestação de serviços, conforme previstos no Edital (Anexo IX), visando o atendimento da população junto às Unidades de Saúde do Município de **JOÃO DOURADO**, nas áreas rurais e urbana e referenciada conforme descrição e especificações seguintes:

#### 1 – DO OBJETO:

1.1. O presente credenciamento tem por objetivo a fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços na área de saúde do município de **JOÃO DOURADO**, tanto na área urbana, quanto rural, visando o atendimento da população junto às unidades da rede pública de saúde e prestadores credenciados (privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos).

#### 2 – DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:

2.1. Poderão participar deste CREDENCIAMENTO as instituições de saúde e os profissionais da área de saúde que estiverem registrados nas entidades incumbidas da fiscalização do exercício profissional, que detenham habilitação para o exercício de alguma atividade na área da saúde, em conformidade com os anexos deste edital.

2.2. A participação neste CREDENCIAMENTO importa ao proponente na irrestrita aceitação das condições estabelecidas no presente Edital, e na tabela de valores de serviços da área de saúde aprovada pelo **Conselho Municipal de Saúde-CMS**.

2.3 **É assegurado o acesso permanente a qualquer interessado que preencha as exigências estabelecidas para o credenciamento, o qual deverá protocolar o seu requerimento, instruído com a documentação pertinente, a partir da data definida no preâmbulo.**

2.4 O prazo de vigência do credenciamento será até o dia **31 de dezembro de 2021**, durante o qual os credenciados poderão ser convidados a firmar as contratações, nas oportunidades e quantidades de que o Município de JOÃO DOURADO/Fundo Municipal de Saúde necessitar, observadas as condições fixadas neste edital e as normas pertinentes.

2.5 Findo o período de vigência, o Município de JOÃO DOURADO/Fundo Municipal de Saúde, atendido o interesse público, adotará os atos necessários a renovação do credenciamento, atendidas as prescrições legais, mediante aviso publicado no Diário Oficial do Município e no Diário Oficial da União.

#### 3 – DO CREDENCIAMENTO:

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

3.2. O credenciamento será realizado até o preenchimento suportável das vagas e/ou serviço público de saúde municipal, em conformidade com os quantitativos previstos no Anexo IX.





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

3.3. A inscrição no credenciamento **não garante a contratação** do interessado pelo Município de JOÃO DOURADO, podendo, no entanto, vir a ser credenciado de acordo com a necessidade da Administração Municipal.

3.4. As instituições de saúde e os profissionais da área de saúde que tiverem suas inscrições deferidas farão parte do cadastro de profissionais da saúde do Município e poderão ser contratados pela Administração Municipal.

3.5. A Administração Municipal poderá ainda constituir reserva técnica de profissionais, excedendo o quantitativo de vagas e/ou serviços previstos neste edital para provimento de futuros programas e/ou projetos ou ampliação dos existentes.

#### 4 - Do envelope

4.1. Os documentos necessários ao credenciamento, dentro do período definido neste edital, e a proposta a ele inerente serão disponibilizados em um envelope, devidamente endereçado à Prefeitura Municipal da seguinte forma:

#### DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO

#### PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO DOURADO

Praça João Dourado, nº 06, Centro, CEP-44920-000- JOÃO DOURADO/BA

A/C: Comissão Permanente de Licitações

4.2. Deverá conter ainda a identificação completa do interessado (a), por meio de envelope timbrado ou através de impressão ou carimbo padronizado, conforme abaixo:

#### PESSOA JURÍDICA:

RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

Nome do responsável legal \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### PESSOA FÍSICA:

NOME \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

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

Fone: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### 5 – DA PROPOSTA E DA SUA FORMA DE APRESENTAÇÃO

5.1 – A proposta de adesão deverá ser elaborada, preferencialmente em papel timbrado da proponente, ou com sua completa identificação, através de impressão ou por carimbo padronizado.

5.2 – Deve em tudo seguir o modelo que compõe este edital conforme o caso:

a) Se Pessoa Física - médico (ANEXO II);

b) Se Pessoa Jurídica - médico (ANEXO III);

5.3 – Deve ser apresentada em língua nacional, isenta de rasuras, emendas ou entrelinhas, e ao final, deve ser datada e assinada pelo representante legal da proponente.





## **ESTADO DA BAHIA**

### **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

#### **6 - DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO:**

**6.1.** Para habilitar-se ao credenciamento, os prestadores de serviços interessados deverão apresentar os seguintes documentos para cadastramento:

#### **6.2. PRESTADOR DE SERVIÇOS - PESSOA JURÍDICA:**

- a) Carteira de identidade e CPF do responsável técnico/administrativo/sócios;
- b) Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação do responsável técnico/administrativo;
- c) Ato constitutivo da instituição proponente e suas alterações, devidamente registrada em Cartório;
- d) Cartão CNPJ;
- e) Certificado de Regularidade do Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- f) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Federal;
- g) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Estadual;
- h) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Municipal;
- i) Certidão Negativa relativo a Débitos Trabalhistas (CNDT);
- j) Alvará de Funcionamento;
- k) Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- l) Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);
- m) Atualização do CNES de acordo com a Portaria SAS 134 de 05 de Abril de 2011, junto a Secretaria Municipal de Saúde deste município; fica dispensado para empresas que prestarem os atendimentos nas unidades de Saúde pertencentes ao município;
- n) Declaração de Entidade Filantrópica, se for o caso;
- o) Carta de credenciamento, conforme modelo ANEXO IV;
- p) Proposta conforme item 5 (cinco) deste edital;
- q) Declaração de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de JOÃO DOURADO/Ba e tabela de honorários consultas/procedimentos, conforme modelo ANEXO I;
- r) Declaração de Atendimento ao Art 9º, Inciso III, da Lei 8.666/93 – conforme anexo VI;
- s) Declaração de Atendimento ao Inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição – conforme anexo VIII;

#### **6.3. PRESTADOR DE SERVIÇOS - PESSOA FÍSICA:**

- a) RG (identidade civil);
- b) CPF – Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

- c) Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação;
- d) Comprovante de endereço atualizado;
- e) Curriculum vitae devendo constar endereços e telefones atuais;
- f) Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- g) Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);
- h) Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade junto ao Conselho Regional da Categoria;
- i) Certidão negativa de processo junto a Comissão de Ética do Conselho Regional a qual está submetido;
- j) Carta de credenciamento, conforme modelo anexo V;
- k) Declaração de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de JOÃO DOURADO/Ba e tabela de honorários consultas/procedimentos, conforme modelo anexo I;
- l) Proposta conforme item 5 (cinco) deste edital;
- m) Declaração de Atendimento ao Art 9º, Inciso III, da Lei 8.666/93 – conforme anexo VII;
- n) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Federal;
- o) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Estadual;
- p) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Municipal;
- q) Certidão Negativa relativo a débitos Trabalhistas (CNDT).

#### **6.4. Será considerado inabilitado a instituição ou profissional que deixar de apresentar documentação completa;**

6.5. Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original por publicação em órgão da Imprensa Oficial ou por qualquer processo de cópia devendo, neste último caso, serem autenticadas por tabelião ou apresentadas com os respectivos originais, para autenticação no ato da inscrição, pelas pessoas para este fim designadas.

## **7 – DA SELEÇÃO**

7.1 – No decorrer do corrente ano, visando o atendimento das necessidades da coletividade e devido à impossibilidade de competição de preços e/ou títulos, a Administração Municipal, **selecionará e convocará dentre os cadastrados os que primeiro se habilitarem/cadastrarem**, notadamente àqueles em que exercerem as atividades da qual a mesma necessite. **Além dos documentos exigidos na habilitação (Item 6.2) os cadastrados para serviços discriminados no anexo IX devem apresentar Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade do responsável técnico junto ao Conselho Regional da Categoria;**

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





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

#### 8 - DO PREÇO/PAGAMENTO:

8.1. A administração municipal, oportunamente pagará aos credenciados (pessoa física ou jurídica) da área de saúde as faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal da Saúde, conforme valores constantes na tabela **aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de JOÃO DOURADO**, 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 autorizações para exames complementares auditados.

#### 9 – DA CARGA HORÁRIA

9.1 – Os **CRENCIADOS (AS)** serão obrigados a prestar serviços dentro de suas aptidões técnico-profissionais, nos locais determinados e conforme carga horária especificadas nos respectivos contratos;

9.2 – Os **CRENCIADOS (AS)** deverão obedecer à carga horária de acordo com as diretrizes de cada unidade de saúde.

**PARÁGRAFO ÚNICO – O profissional poderá se credenciar para mais de uma vaga ou serviço desde que atendidas as condições deste edital e, principalmente, haja compatibilidade de carga horária e/ou capacidade de execução do objeto.**

#### 10 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

10.1. As instituições de saúde particulares e os profissionais que, sem justa causa, após credenciados, não cumprirem com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficarão sujeitos às penalidades previstas nos artigos 86 e 87 e seus parágrafos, da Lei n.º 8.666/93:

10.1.1. Advertência;

10.1.2. Multa de 2% (dois 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;

10.1.3. Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro da Administração Municipal, ficando impedido durante 05 (cinco) anos de participar de novos credenciamentos ou a sua contratação pelo poder público Municipal.

#### 11 – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

11.1. As despesas resultantes destes procedimentos correrão a conta da dotação própria do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde/FUMSAUDE.

UNIDADE:	02.06.02
ATIVIDADE:	2055/2019/2028
ELEMENTO DE DESPESA	33903600 / 33903900
FONTE:	02 / 09 / 14





## **ESTADO DA BAHIA**

### **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

#### **12 – REAJUSTE**

A Tabela de Preços da Prefeitura, constante do Anexo IX deste Edital poderá ser reajustada, a critério da Administração, todas as vezes que for constatada a existência de circunstâncias que modifiquem a regular prestação dos serviços pelos preços previamente fixados.

#### **13 – PEDIDOS DE IMPUGNAÇÃO**

Qualquer interessado poderá impugnar o presente Edital de Credenciamento por eventuais irregularidades, ficando para tanto estabelecido o prazo improrrogável de até 02 (dois) dias úteis antes da última data fixada para entrega da documentação.

#### **14 – DOS RECURSOS AO INDEFERIMENTO DO PEDIDO DE CREDENCIAMENTO**

A requerente terá o prazo de 05 dias úteis, contado da data da publicação do resultado, para interpor recurso do indeferimento do credenciamento, na forma do art. 109, inciso I, da Lei 8.666/93.

#### **15 – DAS HIPÓTESES DE DESCREDENCIAMENTO**

A Prefeitura poderá, por meio do Fundo Municipal de Saúde, a qualquer tempo promover o descredenciamento por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidas após o credenciamento, que importem comprometimento da sua capacidade jurídica, técnica, fiscal ou da postura profissional, ou ainda que fira o padrão ético ou operacional do trabalho, sem que caiba ao mesmo qualquer direito a indenização, compensação ou reembolso seja a que título for.

Também poderão ser descredenciados nas hipóteses previstas no art. 78 da Lei n.º 8.666/93.

Fica assegurado ao credenciado o direito ao contraditório, sendo avaliadas suas razões pela Comissão de Credenciamento, que opinará em 05 (cinco) dias úteis e submeterá à Secretária de Saúde para tomada de decisão.

#### **16 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

12.1. Os casos omissos no presente edital serão resolvidos pela Comissão Permanente de Licitação com base na Lei Federal n.º 8.666/93 de 21 de junho de 1993 e demais alterações.

João dourado/BA, 01 de fevereiro de 2021.

---

Daniely Aragão Sousa  
Presidente da CPL.







## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

#### ANEXO I

#### DECLARAÇÃO

À PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO DOURADO / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ref.: Edital de Credenciamento nº 001/2021.

\_\_\_\_\_ de acordo com o edital de Credenciamento nº 001/2021, DECLARA que:

- a) Aceita as condições estabelecidas neste Edital;
- b) Tem pleno conhecimento da Tabela de valores do Conselho Municipal de Saúde de JOÃO DOURADO – C.M.S.I.;
- c) Fornecerá a documentação complementar que lhe for solicitada;
- d) Assume inteira responsabilidade pela prestação dos serviços e se sujeita a todas as condições do presente Edital;
- e) Responderá pela veracidade das informações constantes da documentação e proposta que apresentar;

JOÃO DOURADO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável/Carimbo

#### ANEXO II







# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

(PESSOA FISICA – MÉDICO)

### EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021 PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO

Ao  
Município de JOÃO DOURADO  
Comissão Permanente de Licitação

O interessado \_\_\_\_\_, nascido aos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito no CRM nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE, divulgado pelo Município de JOÃO DOURADO, objetivando a prestação de serviços médicos nos termos do credenciamento divulgado em 05 de janeiro de 2021, conforme quantitativo e serviços abaixo propostos:

( ) Clínica geral

( ) Especialidade: \_\_\_\_\_

ITEM	SERVIÇOS PROPOSTOS	QUANT. MÊS	QUANT./ANO	VALOR MENSAL

#### DADOS PESSOAIS COMPLEMENTARES:

FILIAÇÃO:

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

TELEFONES:

Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ Cel ( ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do Médico Responsável)

#### ANEXO III





# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

(PESSOA JURÍDICA - MÉDICO)

### EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021 PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO

Ao  
Município de JOÃO DOURADO  
Comissão Permanente de Licitação

O interessado \_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ nº \_\_\_\_\_, sediada à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE, divulgado pelo Município de JOÃO DOURADO, objetivando a prestação de serviços médicos, nos termos do credenciamento divulgado em 05 de janeiro de 2021, conforme quantitativo e serviços abaixo propostos:.

( ) Clínica geral  
( ) Especialidade: \_\_\_\_\_

ITEM	SERVIÇOS PROPOSTOS	QUANT. MÊS	QUANT./ANO	VALOR MENSAL

#### DADOS COMPLEMENTARES:

TELEFONES:

Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ Cel : ( ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico (médico): \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

R.G.nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

( ) Clínica geral ( ) Especialidade: \_\_\_\_\_

Observação: caso o serviço seja prestado por mais de um responsável técnico listar todos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do representante legal da empresa solicitante)

\_\_\_\_\_  
(assinatura do Responsável Técnico (médico))

#### ANEXO IV





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

#### FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (PESSOA JURÍDICA)

Representante legal: \_\_\_\_\_

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

SOLICITA O CREDENCIAMENTO NA ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

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

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone(s): ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

OPTANTE PELO SIMPLES: ( ) SIM ( ) NÃO

#### DADOS BANCÁRIOS:

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Obs.:

Colocar dígito verificador. Não serão aceitas conta conjunta ou poupança. Para pagamento de pessoa jurídica, a conta deverá ser em nome de pessoa jurídica.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

#### ANEXO V

#### FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (PESSOA FÍSICA)

NOME: \_\_\_\_\_

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

SOLICITA O CREDENCIAMENTO NA ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone(s): ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

#### DADOS BANCÁRIOS:

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Obs.:

Colocar dígito verificador. Não serão aceitas conta conjunta ou poupança. Para pagamento a conta deveser em nome do contratado.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal





**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

**ANEXO VI – PESSOA JURÍDICA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART 9º, INCISO III, DA LEI 8.666/93**

Declaramos para os devidos fins de direito, que a empresa \_\_\_\_\_  
na qualidade de CREDENCIADA da licitação instaurada pelo Município de JOÃO DOURADO na Modalidade Credenciamento nº 001/2021, que objetiva a fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços na área de saúde do município de JOÃO DOURADO, tanto na área urbana, quanto rural, visando o atendimento da população junto às unidades da rede pública de saúde e prestadores credenciados (privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos), com data de apresentação de documentos de habilitação e proposta a partir de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2021 na sala da Comissão Permanente de Licitações - CPL, que não possuímos servidor público municipal em nosso quadro técnico, conforme determina o art. 9º, inciso III, da Lei 8.666/93.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo CNPJ





**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

**ANEXO VII – PESSOA FÍSICA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART 9º, INCISO III, DA LEI 8.666/93**

Declaro para os devidos fins de direito, que \_\_\_\_\_ na qualidade de CREDENCIADA da licitação instaurada pelo Município de JOÃO DOURADO na Modalidade Credenciamento nº 001/2021, que objetiva a fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços na área de saúde do município de JOÃO DOURADO, tanto na área urbana, quanto rural, visando o atendimento da população junto às unidades da rede pública de saúde e prestadores credenciados (privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos), com data de apresentação de documentos de habilitação e proposta a partir de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de de 2021 na sala da Comissão Permanente de Licitações - CPL, que não sou servidor público municipal, conforme determina o art. 9º, inciso III, da Lei 8.666/93.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e CPF





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

#### ANEXO VIII

#### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO

Declaramos, para os fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei Federal nº 8.666/93, acrescido pela Lei n.º 9.854/99, que não empregamos menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregamos menor de 16 (dezesesseis) anos.

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

Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo cnpj  
CRENCIADA







**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

**ANEXO IX**

ITEM	SERVIÇOS MÉDICOS - PLANTÕES	CARGA HORÁRIA	QUANT./ANO	VALOR UNIT.	PREVISÃO DE PROVENTOS/MÊS	PREVISÃO PROVENTOS/ANO
1	Médico Plantonista Hospitalar (segunda a Sexta Feira)	12 HS	330	R\$1.000,06	R\$30.001,80	R\$330.019,80
2	Médico Plantonista Hospitalar (segunda a Sexta Feira)	24 HS	115	R\$2.002,13	R\$60.063,90	R\$660.702,90
3	Médico Plantonista Hospitalar (sábado e Domingo e feriados)	12 HS	60	R\$1.002,06	R\$30.061,80	R\$330.679,80
4	Médico Plantonista Hospitalar (sábado e Domingo e feriados)	24 HS	74	R\$2.322,47	R\$69.674,10	R\$766.415,10
5	Médico Plantonista COVID (segunda a Sexta Feira)	12 HS	330	R\$1.000,06	R\$30.001,80	R\$330.019,80
6	Médico Plantonista COVID (segunda a Sexta Feira)	24 HS	115	R\$2.002,13	R\$60.063,90	R\$660.702,90
7	Médico Plantonista COVID (sábado e Domingo e feriados)	12HS	60	R\$1.161,24	R\$34.837,05	R\$383.207,55
8	Médico Plantonista COVID (sábado e Domingo e feriados)	24HS	74	R\$2.322,47	R\$69.674,10	R\$766.415,10
9	Médico Avaliador de AIH e Autorizador de TFD	20HS	11	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$33.000,00
10	Médico Evolucionista	20HS	11	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$33.000,00

ITEM	SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIDADES	MÉTRICA	QUANT./ANO	VALOR UNIT.	PREVISÃO DE PROVENTOS/MÊS	PREVISÃO PROVENTOS/ANO
11	Médico Psiquiatra Ambulatório	UNIDADE	825	R\$60,00	R\$4.500,00	R\$49.500,00
12	Médico Psiquiatra CAPS	UNIDADE	825	R\$60,00	R\$4.500,00	R\$49.500,00
13	Médico Oftalmólogo	UNIDADE	825	R\$60,00	R\$4.500,00	R\$49.500,00
14	Médico Ortopedista	UNIDADE	825	R\$60,00	R\$4.500,00	R\$49.500,00
15	Médico Endocrinologista	UNIDADE	825	R\$60,00	R\$4.500,00	R\$49.500,00
16	Médico Ginecologista	UNIDADE	825	R\$60,00	R\$4.500,00	R\$49.500,00
17	Médico Ultrassonografista (USG SEM/DOPLER)	UNIDADE	2750	R\$70,00	R\$17.500,00	R\$192.500,00
18	Médico Ultrassonografista (USG COM/DOPLER)	UNIDADE	220	R\$140,00	R\$2.800,00	R\$30.800,00
19	Médico Pediatra	UNIDADE	825	R\$60,00	R\$4.500,00	R\$49.500,00
20	Médico Cardiologista	UNIDADE	825	R\$60,00	R\$4.500,00	R\$49.500,00

**ANEXO X**





# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

(Pessoa Física)

### MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO \_\_\_\_\_ CONTRATO Nº ...../2021.

O MUNICÍPIO DE JOÃO DOURADO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, com sede à \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, neste ato representado pela \_\_\_\_\_, brasileira, portadora do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, Gestora do Fundo Municipal de Saúde e pelo \_\_\_\_\_, brasileiro, maior, portado do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, PREFEITA Municipal, doravante denominada simplesmente de CREDENCIANTE, de outro lado o Sr(a) \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na rua \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_, inscrito no C.P.F nº \_\_\_\_\_, R.G nº \_\_\_\_\_, CRM/COREM nº \_\_\_\_\_, a seguir denominada de CREDENCIADA, pactuam o presente Contrato, derivado do Edital de Credenciamento nº \_\_\_\_/2021, Processo Administrativo nº \_\_\_\_/2021, a qual rege-se pela Lei Federal nº 8666/93 e alterações introduzidas por legislação posterior, e documentos que fazem parte integrante do presente processo, têm entre si como justo e Contratado as seguintes cláusulas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

O objeto deste é a contratação de prestadores de serviços de saúde, bem como, de instituições de saúde, de acordo com a tabela anexa ao presente, sob o regime de credenciamento, em estrita observância ao contido e especificado no anexo I deste contrato na documentação levada a efeito pelo edital publicado no dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de de 2021, devidamente homologada pelo CREDENCIANTE, regendo-se pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e legislação pertinente, assim como pelas condições do edital referido, pelos termos da proposta e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

*Parágrafo único:* O regime de execução deste termo é de forma Indireta por preço unitário.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA:

O prazo de vigência deste credenciamento é de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do presente contrato, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do (a) CREDENCIADO (A), por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses.

*Parágrafo único:* Durante a vigência deste credenciamento não haverá correção ou reajuste, caso haja prorrogação do termo de credenciamento, será usado como indexador o índice do IPCA anual.

#### CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

Pela perfeita execução dos serviços objeto deste contrato e obedecidas às demais condições estipuladas neste instrumento, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor estimado de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), provenientes dos serviços constantes no anexo único deste instrumento.

*Parágrafo Primeiro:* Do valor global acima descrito deverá ser destinando um percentual mínimo de 50% (cinquenta por centos) para pagamento com custos diretos e de 50% para o pagamento de custos indiretos e demais encargos;

*Parágrafo Segundo:* O pagamento do presente contrato será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços, mediante apresentação da nota fiscal dos serviços efetivamente prestados, juntamente com o relatório dos atendimentos realizados, contendo especificações detalhadas por procedimento (data, nome do usuário código do procedimento, etc.), mediante Ordem Bancária creditada na conta corrente indicada na proposta de serviço ou cheque nominal.

*Parágrafo Terceiro:* Os valores a serem pagos, sofrerão correção ou reajuste durante a vigência do presente TERMO DE CREDENCIAMENTO, de acordo com os valores de serviços da área de saúde aprovada pelo **Conselho Municipal de Saúde e Tabela SUS** vigente.

*Parágrafo Quarto:* É vedada a antecipação de pagamento.

*Parágrafo Quinto:* O pagamento fica condicionado à comprovação de que a CONTRATADA encontra-se adimplente com a regularidade fiscal, devendo ser comprovada mediante:





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

- a) Certidão Conjunta de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- b) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, dentro do seu prazo de validade (Lei Federal nº 12.440/2011 e 8.666/1993);
- c) Certidão Negativa de débitos, emitida pela Secretaria de Tributação do Estado, no qual se localiza a sede da licitante, ou outro documento que o substitua legalmente;
- d) Certidão Negativa de Débito para com a Fazenda Municipal, da sede da licitante ou domicílio, dentro do seu prazo de validade;

#### CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS:

As despesas referentes aos serviços contratados como decorrência deste certame, terão amparo legal e financeiro no orçamento de 2021 da Secretaria Municipal de Saúde, nas seguintes dotações orçamentárias:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

- I - Este Termo de Credenciamento tem as características de uma relação contratual para a prestação de serviços;
- II - A empresa CREDENCIADA se obriga a manter na constância deste Termo todas as condições de habilitação exigidas para a celebração do mesmo;
- III - A responsabilidade exclusiva e integral é da CREDENCIADA, pela utilização de pessoal, para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos nesta os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial que mantiver com terceiros estranhos a este instrumento;
- IV - É proibido:
  - a) - A prestação do(s) serviço(s) credenciado(s) em qualquer dependência de propriedade do CREDENCIANTE ou utilizada pelo Município, salvo nos casos das coletas efetuadas nas unidades hospitalares, bem como, os serviços médicos especializados;
  - b) - Transferir os direitos e obrigações constantes neste Termo;
- V - Os estabelecimentos devem comportar os atendimentos constantes na Proposta de Credenciamento, quando for o caso;
- VI - A regulação dos encaminhamentos para cada clínica ficará a critério da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

#### CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO:

O CREDENCIANTE, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizará fiscalização permanentemente à prestação dos serviços prestados pelo (s) credenciado (s), sendo-lhes facultado o descredenciamento, mediante a verificação através de processo administrativo específico, com garantia da representação do contraditório e da produção da ampla defesa pela CREDENCIADA, o que não restringe a responsabilidade da mesma, no que diz respeito a sua atuação quanto a este Termo.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA:

A CREDENCIADA ainda se obriga a:

- a) Manter sempre atualizado o seu credenciamento junto ao Setor competente;
- b) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- c) Notificar o CREDENCIANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CREDENCIANTE, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.
- d) prestar os serviços na forma ajustada;
- e) assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas de seus empregados;
- f) manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- g) apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na presente licitação, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, entre outros;
- h) permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, por escrito;
- i) disponibilizar profissionais habilitados para a realização dos procedimentos;
- j) responsabilizar-se, tecnicamente, tanto na realização dos exames quanto na divulgação dos seus resultados;
- k) abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;





## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

- l) Fornecer profissional médico com inscrição no Conselho Regional de Medicina e com última anuidade paga.
- m) Declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico por parte dos profissionais médicos que prestarão serviço na unidade.
- n) Aceitação da escala de trabalho em regime de plantões proposta pela direção, previamente afixada em local definido com antecedência de 07 dias, sendo que, em eventual impossibilidade de elaboração da escala ou afixação da mesma, por força maior, será dado seguimento à escala do mês anterior com ocupação dos mesmos dias da semana e horários.
- o) O comparecimento do profissional médico previamente escalado, é de responsabilidade exclusiva da Credenciada, pois a substituição do mesmo por outro profissional que atenda às exigências anteriores será após consentimento do coordenador médico.
- p) Obrigatoriedade de comparecimento dos profissionais às reuniões agendadas pela diretoria com antecedência mínima de 15 dias e estabelecimento de multa para faltantes.
- q) Aceitação da possibilidade de haver mudança do público alvo a ser atendido, ou seja, clínica médica ou pediatria, sem aviso prévio, a depender das necessidades do melhor andamento do serviço e do melhor acolhimento do usuário.
- r) Em caso excepcional de falta de um dos médicos, o único médico plantonista deverá atender ambos os públicos (clínica médica e pediatria) dando prioridade aos casos de maior risco de agravo à saúde, conforme acolhimento prévio, dentro dos limites de suas possibilidades, até que seja providenciado o segundo profissional.
- s) Declaração de ciência da existência de protocolos de atendimento médico na unidade e da obrigatoriedade de seguimentos dos mesmos, exceção feita aos casos em que existirem publicações mais recentes e reconhecidas pelas sociedades de especialistas de cada área de conhecimento.

#### CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA:

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, a terceiros ou a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado a CREDENCIADA o direito de regresso.

#### CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES:

I - À CREDENCIADA será aplicada multa pelo CREDENCIANTE, na importância de até 10% (dez por cento) do valor global do contrato, pela execução irregular do contrato, e em caso de descumprimento das cláusulas contratuais e legislação atinente, salvo nos casos de cumprimento de prazo na entrega dos exames cuja multa será aplicada no percentual de 0,25% por dia/hora de atraso.

II - Em não se cumprindo a cláusula sétima alínea “q”, será aplicada multa correspondente ao dobro do valor pago pelo plantão.

*Parágrafo Primeiro:* Na eventual aplicação de multa, o seu *quantum* será automaticamente descontado do valor a ser pago à CONTRATADA.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DA CESSÃO DO CONTRATO E SUBCONTRATAÇÃO:

A CREDENCIADA não poderá ceder o presente contrato, tampouco subcontratá-lo, no todo ou em parte, a nenhuma pessoa física ou jurídica.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO DO CONTRATO:

A CONTRATADA reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa, previstos no art. 77 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:

Ocorrendo motivo que justifique e/ou aconselhe, atendido em especial o interesse do CREDENCIANTE, o presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo CREDENCIANTE a qualquer momento, mediante notificação para imediata suspensão dos serviços.

A CREDENCIADA poderá a qualquer tempo denunciar o ajuste, bastando, para tanto, notificar previamente a Administração, com antecedência de 30 (trinta) dias.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO:

Fica eleita a Comarca de JOÃO DOURADO/BA como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Contrato, recusando qualquer outra por mais privilegiada que seja.





## **ESTADO DA BAHIA**

### **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente, por si seus sucessores em 03 (três) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito na presença de duas testemunhas.

JOÃO DOURADO,..... de ..... de 2021.

**CRENCIANTE**

**CRENCIADA**





# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

### ANEXO XI

(Pessoa Jurídica)

#### MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO \_\_\_\_\_ CONTRATO Nº ...../2021.

O MUNICÍPIO DE JOÃO DOURADO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, com sede à \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, neste ato representado pela \_\_\_\_\_, brasileira, portadora do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, Gestora do Fundo Municipal de Saúde e pelo \_\_\_\_\_, brasileiro, maior, portado do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, PREFEITA Municipal, doravante denominada simplesmente de CREDENCIANTE, de outro lado a empresa \_\_\_\_\_, pessoa jurídica, com sede na \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, inscrito no C.N.P.J nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr(a) \_\_\_\_\_, a seguir denominada de CREDENCIADO, pactuam o presente Contrato, derivado do Edital de Credenciamento nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, Processo Administrativo nº \_\_\_\_/2021, através da Inexigibilidade nº \_\_\_\_/2021, a qual rege-se pela Lei Federal nº 8666/93 e alterações introduzidas por legislação posterior, e documentos que fazem parte integrante do presente processo, têm entre si como justo e Contratado as seguintes cláusulas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

O objeto deste é a contratação de prestadores de serviços de saúde, bem como, de instituições de saúde, de acordo com a tabela anexa ao presente, sob o regime de credenciamento, em estrita observância ao contido e especificado no anexo I deste contrato na documentação levada a efeito pelo edital publicado no dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2021, devidamente homologada pelo CREDENCIANTE, regendo-se pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e legislação pertinente, assim como pelas condições do edital referido, pelos termos da proposta e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

*Parágrafo único:* O regime de execução deste termo é de forma Indireta por preço unitário.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA:

O prazo de vigência deste credenciamento é de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do presente contrato, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do (a) CREDENCIADO (A), por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses.

*Parágrafo único:* Durante a vigência deste credenciamento não haverá correção ou reajuste, caso haja prorrogação do termo de credenciamento, será usado como indexador o índice do IPCA anual.

#### CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

Pela perfeita execução dos serviços objeto deste contrato e obedecidas às demais condições estipuladas neste instrumento, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor estimado de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), provenientes dos serviços constantes no anexo único deste instrumento.

*Parágrafo Primeiro:* Do valor global acima descrito deverá ser destinando um percentual mínimo de 50% (cinquenta por centos) para pagamento com custos diretos e de 50% para o pagamento de custos indiretos e demais encargos.

*Parágrafo Segundo:* O pagamento do presente contrato será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços, mediante apresentação da nota fiscal dos serviços efetivamente prestados, juntamente com o relatório dos atendimentos realizados, contendo especificações detalhadas por procedimento (data, nome do usuário código do procedimento, etc.), mediante Ordem Bancária creditada na conta corrente indicada na proposta de serviço ou cheque nominal.

*Parágrafo Terceiro:* Os valores a serem pagos, sofrerão correção ou reajuste durante a vigência do presente TERMO DE CREDENCIAMENTO, de acordo com os valores de serviços da área de saúde aprovada pelo **Conselho Municipal de Saúde e Tabela SUS** vigente.

*Parágrafo Quarto:* É vedada a antecipação de pagamento.

*Parágrafo Quinto:* O pagamento fica condicionado à comprovação de que a CONTRATADA encontra-se adimplente com a regularidade fiscal, devendo ser comprovada mediante:







# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- b) Certidão Conjunta de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- c) Certificado de Regularidade do FGTS, fornecido pela Caixa Econômica Federal, dentro do seu prazo de validade (Lei Federal nº 8.036/1990 e 8.666/1993);
- d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, dentro do seu prazo de validade (Lei Federal nº 12.440/2011 e 8.666/1993);
- e) Certidão Negativa de débitos, emitida pela Secretaria de Tributação do Estado, no qual se localiza a sede da licitante, ou outro documento que o substitua legalmente.
- f) Certidão Negativa de Débito para com a Fazenda Municipal, da sede da licitante ou domicílio, dentro do seu prazo de validade;

### CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS:

As despesas referentes aos serviços contratados como decorrência deste certame terão amparo legal e financeiro no orçamento de 2021 da Secretaria Municipal de Saúde, nas seguintes dotações orçamentárias:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

### CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

- I - Este Termo de Credenciamento tem as características de uma relação contratual para a prestação de serviços;
- II - A empresa CREDENCIADA se obriga a manter na constância deste Termo todas as condições de habilitação exigidas para a celebração do mesmo;
- III - A responsabilidade exclusiva e integral é da CREDENCIADA, pela utilização de pessoal, para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos nesta os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial que mantiver com terceiros estranhos a este instrumento;
- IV - É proibido:
  - a) - A prestação do (s) serviço (s) credenciado (s) em qualquer dependência de propriedade do CREDENCIANTE ou utilizada pelo Município, salvo nos casos das coletas efetuadas nas unidades hospitalares, bem como, os serviços médicos e procedimentos especializados;
  - b) - Transferir os direitos e obrigações constantes neste Termo.
- V - Os estabelecimentos devem comportar os atendimentos constantes na Proposta de Credenciamento, quando for o caso;
- VI - A regulação dos encaminhamentos para cada clínica ficará a critério da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

### CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO:

O CREDENCIANTE, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizará fiscalização permanentemente à prestação dos serviços prestados pelo (s) credenciado(s), sendo-lhes facultado o descredenciamento, mediante a verificação através de processo administrativo específico, com garantia da representação do contraditório e da produção da ampla defesa pela CREDENCIADA, o que não restringe a responsabilidade da mesma, no que diz respeito a sua atuação quanto a este Termo.

### CLÁUSULA SÉTIMA - OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA:

A CREDENCIADA ainda se obriga a:

- a) Manter sempre atualizado o seu credenciamento junto ao Setor competente;
- b) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- c) Notificar o CREDENCIANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CREDENCIANTE, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.
- d) Prestar os serviços na forma ajustada;
- e) Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas de seus empregados;
- f) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- g) apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na presente licitação, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, entre outros;
- h) permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, por escrito;







## ESTADO DA BAHIA

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

- i) disponibilizar profissionais habilitados para a realização dos procedimentos;
- j) responsabilizar-se, tecnicamente, tanto na realização dos exames quanto na divulgação dos seus resultados;
- k) abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;
- l) Fornecer profissional médico com inscrição no Conselho Regional de Medicina e com última anuidade paga.
- m) Declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico por parte dos profissionais médicos que prestarão serviço na unidade.
- n) Aceitação da escala de trabalho em regime de plantões proposta pela direção, previamente afixada em local definido com antecedência de 07 dias, sendo que, em eventual impossibilidade de elaboração da escala ou afixação da mesma, por força maior, será dado seguimento à escala do mês anterior com ocupação dos mesmos dias da semana e horários.
- o) Na impossibilidade de comparecimento do profissional médico previamente escalado, é de responsabilidade exclusiva da empresa a substituição do mesmo por outro profissional que atenda às exigências anteriores após consentimento do coordenador médico.
- p) Obrigatoriedade de comparecimento dos profissionais às reuniões agendadas pela diretoria com antecedência mínima de 15 dias e estabelecimento de multa para faltantes.
- q) Aceitação da possibilidade de haver mudança do público alvo a ser atendido, ou seja, clínica médica ou pediatria, sem aviso prévio, a depender das necessidades do melhor andamento do serviço e do melhor acolhimento do usuário.
- r) Em caso excepcional de falta de um dos médicos, o único médico plantonista deverá atender ambos os públicos (clínica médica e pediatria) dando prioridade aos casos de maior risco de agravo à saúde, conforme acolhimento prévio, dentro dos limites de suas possibilidades, até que seja providenciado o segundo profissional.
- s) Declaração de ciência da existência de protocolos de atendimento médico na unidade e da obrigatoriedade de seguimentos dos mesmos, exceção feita aos casos em que existirem publicações mais recentes e reconhecidas pelas sociedades de especialistas de cada área de conhecimento.

#### CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA:

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, a terceiros ou a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado a CREDENCIADA o direito de regresso.

#### CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES:

I - À CREDENCIADA será aplicada multa pelo CREDENCIANTE, na importância de até 10% (dez por cento) do valor global do contrato, pela execução irregular do contrato, e em caso de descumprimento das cláusulas contratuais e legislação atinente, salvo nos casos de cumprimento de prazo na entrega dos exames cuja multa será aplicada no percentual de 0,25% por dia/hora de atraso.

II - Em não se cumprindo a cláusula sétima alínea “q”, será aplicada multa correspondente ao dobro do valor pago pelo plantão.

*Parágrafo Primeiro:* Na eventual aplicação de multa, o seu *quantum* será automaticamente descontado do valor a ser pago à CONTRATADA.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DA CESSÃO DO CONTRATO E SUBCONTRATAÇÃO:

A CREDENCIADA não poderá ceder o presente contrato, tampouco subcontratá-lo, no todo ou em parte, a nenhuma pessoa física ou jurídica.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO DO CONTRATO:

A CONTRATADA reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa, previstos no art. 77 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:

Ocorrendo motivo que justifique e/ou aconselhe, atendido em especial o interesse do CREDENCIANTE, o presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo CREDENCIANTE a qualquer momento, mediante notificação para imediata suspensão dos serviços.

A CREDENCIADA poderá a qualquer tempo denunciar o ajuste, bastando, para tanto, notificar previamente a Administração, com antecedência de 30 (trinta) dias.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO:





## **ESTADO DA BAHIA**

### **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50 Pç João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [saudejoaodourado@gmail.com.br](mailto:saudejoaodourado@gmail.com.br)

Fica eleita a Comarca de JOÃO DOURADO/BA como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Contrato, recusando qualquer outra por mais privilegiada que seja.

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente, por si seus sucessores em 03 (três) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito na presença de duas testemunhas.

JOÃO DOURADO,..... de ..... de 2021.

**CRENCIANTE**

**CRENCIADA**

