



Credenciamento



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL  
EQUIPE DE CREDENCIAMENTO

**CREDCENCIAMENTO Nº 002/2024**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 0223/2024**

**OBJETO: CREDENCIAMENTO de**  
**Pessoas Físicas e Jurídicas para**  
**EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE**  
**SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE**  
**em Unidades Próprias, Clínicas e Hospitais**  
**Prestadores de acordo com os quantitativos**  
**e especificações constantes neste Edital e**  
**seus anexos.**

Marços/2024  
SÃO GABRIEL-BA  
2024

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 002/2024**

O Município de São Gabriel/BA, através do Fundo Municipal de Saúde - FUMSAUDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 13.816.024/0001-65, com sede no Largo da Pátria, nº 132, Centro, São Gabriel/BA, neste ato representado por seus Gestores o Sr. Hipólito Rodrigues Silva Gomes, Prefeito Municipal e a Srª Fabiana Silva Rocha, Gestora do Fundo Municipal de Saúde, torna público que fará realizar CREDENCIAMENTO, regido pela Lei Federal n.º 14.133/2021 e Decreto Municipal Nº 017/2024. As documentações e as propostas deverão ser entregues **a partir do dia 15/03/2024, no Protocolo da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO GABRIEL**, onde será formalizado processo administrativo para ser encaminhado à **COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO**. Os DOCUMENTOS deverão ser entregues durante a vigência deste Credenciamento, a qualquer tempo. O presente Edital encontra-se à disposição dos interessados gratuitamente na sede do Município de SÃO GABRIEL, no setor de credenciamento da Secretaria de Saúde, bem como, no <http://www.docgedsistemas.com.br/portalmunicipio/ba/pmsaogabriel/diario>, ou solicitado pelo e-mail: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com).

**1. DO OBJETO:** CREDENCIAMENTO de Pessoas Físicas e Jurídicas para **EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE** em Unidades Próprias, Clínicas e Hospitais Prestadores de acordo com os quantitativos e especificações constantes neste Edital e seus anexos.

1.1. A finalidade do presente Credenciamento consiste no credenciamento de serviços complementares em caráter eventual a fim de complementação para assistência a população.

**2. DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO:** Serão Credenciadas Pessoas Físicas e Jurídicas, para execução dos serviços mediante disposições constantes do Anexo I deste edital, e atendidas todas as demais disposições do referido edital.

2.1. As pessoas físicas e empresas interessadas a serem contratadas deverão entregar documentação até o dia 31 de dezembro de 2024 e aguardar contato para fim de avaliação, no que couber pela Secretaria de Saúde de SÃO GABRIEL através da Comissão Especial de Credenciamento formalmente designada.

2.2. Compete à Comissão Especial de Credenciamento realizar a análise documental e realizar as verificações necessárias à habilitação de Credenciados para prestação de serviços e Saúde, em todas as fases, a partir do período de inscrição até a homologação dos resultados, notadamente no que tange a verificar a perfeita realização do certame nos termos do edital e apontar eventuais inobservâncias relevantes, a fim de corrigi-las e/ou preveni-las. A comissão emitirá parecer opinando favoravelmente ao credenciamento do ente, certificando que a mesma cumpriu todas as exigências solicitadas e que atende as necessidades da CREDENCIANTE.

2.3. O credenciamento obedecerá às seguintes etapas:

a) Chamamento público, com a publicação de edital e respectivo regulamento;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

- b) Inscrição;
- c) Habilitação;
- d) Assinatura do instrumento jurídico; e
- e) Publicação do extrato do contrato no Diário Oficial do ente CREDENCIANTE e jornal local de grande circulação.

2.4. O credenciamento será realizado até o preenchimento suportável dos quantitativos previstos no Anexo I.

2.5. A inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pelo Município de SÃO GABRIEL, podendo, no entanto, vir a ser credenciado de acordo com a necessidade da Administração Municipal.

2.6. A Administração Municipal poderá ainda constituir reserva técnica, excedendo os quantitativos previstos neste edital para provimento de futuros programas e/ou projetos ou ampliação dos existentes.

2.7. Torna-se obrigatória a presença de preposto dos interessados ao credenciamento, na entrega da documentação, que deverá encaminhar em separado Carta de Credenciamento, nos termos do formulário modelo constante no anexo III, ou se identificar como representante legal, mediante exibição do contrato social, se sócio com poderes para tal.

2.8. Considerar-se-ão inabilitadas as PROPONENTES que não apresentarem os documentos elencados no item 4 deste Edital.

### 3 – DO LOCAL E DATA PARA INÍCIO DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS E PRAZO DOS CONTRATOS:

3.1. Os Documentos bastantes e necessários ao credenciamento são descritos no item 4 deste edital deverão ser entregues **a partir de 15 de março situada na Rua Largo da Pátria, nº 132, Centro, São Gabriel/BA** no período das 08:00hs às 12:00h são cuidados da Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde.

3.2. Este Edital estará vigente a partir do dia **15 de março de 2024 ficando aberto por tempo indeterminado** podendo ser prorrogado por igual período. Poderá ser revogado, por força da lei ou surgimento de disposição em contrário ou para atender ao interesse público devidamente motivado.

3.3. No ato da entrega da documentação, o interessado receberá protocolo atestando o recebimento do envelope devidamente lacrado pela instituição. O referido atesto não certificará que a documentação está completa e condizente com os preceitos estabelecidos no edital, ficando condicionada à efetiva análise pela Comissão.

3.4. A documentação exigida neste edital deverá ser apresentada, preferencialmente em cópia autenticada. A cópia não autenticada, caso apresentada junto com a original, terá sua autenticidade validada por pelo menos um membro da comissão. Os documentos não autenticados serão considerados presumivelmente verdadeiros, caso não impugnado a sua autenticidade, sob responsabilidade exclusiva de quem os apresentou.

---

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

- 3.5. Os documentos extraídos pela internet estão sujeitos à verificação de autenticidade pela Comissão.
- 3.6. As informações prestadas pelos interessados são de sua inteira responsabilidade.
- 3.7. A revogação deste Edital dependerá de prévia publicação, utilizando-se os mesmos meios empregados ao tempo de sua edição.
- 3.8. Enquanto estiver vigente o Edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencha as condições ora exigidas.
- 3.9. Enquanto estiver vigente este Edital, os interessados deverão entregar a documentação, em um envelope opaco, indevassável, rubricado, contendo na parte externa os seguintes dizeres:

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL – ESTADO DA BAHIA.**

**À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.**

**(NOME E ENDEREÇO DO PLEITEANTE AO CREDENCIAMENTO)**

**RAZÃO SOCIAL COMPLETA DA PARTICIPANTE.**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_.**

**RECEBIDO EM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.**

**4. DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO CREDENCIAMENTO:**

**Pessoa Física**

- a) RG (identidade civil);
- b) CPF – Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- 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 e/ou Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- g) Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);

**Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000**

**Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)**



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

- 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) Requerimento de Credenciamento e Concordância com os termos do edital, conforme modelo constante no anexo VI;
- k) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Federal;
- l) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Estadual;
- m) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Municipal;
- n) Certidão Negativa Trabalhista;
- o) Comprovação de inscrição no conselho regional classe;
- p) Declaração de disponibilidade para realização dos serviços assistenciais de saúde estabelecidos neste edital;
- q) Cópia dos documentos comprobatórios, com aptidão sobre a realização do serviço, na área pleiteada;
- r) Consulta impressa do **Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS)** e **Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP)** - <https://portaldatransparencia.gov.br/sancoes/consulta?paginacaoSimples=true&tamanoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&cadastro=1%2C2&colunasSelecionadas=linkDetalhamento%2Ccadastro%2CcpfCnpj%2CnomeSancionado%2CufSancionado%2Corgao%2CcategoriaSancao%2CdataPublicacao%2CvalorMulta%2Cquantidade>

### **Pessoa Jurídica**

- a) Cédula de Identidade do Sócio;
- b) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- c) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado ou inscrito, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleições de seus administradores;
- d) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

- e) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).
- f) Prova de regularidade para com as Fazendas Municipal e Estadual da sede do licitante;
- g) Certidão Conjunta Negativa de Débitos, ou Positiva com Efeitos de Negativa, relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;
- h) Prova de regularidade relativa a Seguridade Social (INSS), mediante apresentação da Certidão Relativa a Contribuições Previdenciárias, emitida pela Receita Federal do Brasil;
- i) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), mediante apresentação de Certificado de Regularidade do FGTS – CRF.
- j) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT expedida pelo TST;
- k) Certidão Negativa de Falência, Concordata ou Recuperação Judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data de emissão de no máximo 90 dias, anteriores à data fixada para a sessão de abertura da licitação.
- l) Requerimento de Credenciamento e Concordância com os termos do edital, conforme modelo constante no anexo VI;
- m) Comprovação de inscrição no conselho regional classe.
- n) Relação do corpo clínico, com as respectivas formações profissionais e especialidades, informando os números dos registros no respectivo Conselho de Classe;
- o) Cópia dos documentos comprobatórios, com aptidão sobre a realização do serviço, na área pleiteada.
- p) Declaração de atendimento ao inciso XXXIII do art. 7º da Constituição, firmada conforme o modelo constante do Anexo IV;
- q) Declaração de Responsabilidade Técnica, na forma do Anexo V;
- r) Declaração de que não pesa contra si, declaração de inidoneidade por órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, na forma do Anexo VII;
- s) Alvará Sanitário necessário apenas para os serviços a serem prestados em Unidades Prestadoras;
- t) Alvará de Funcionamento necessário apenas para os serviços a serem prestados em Unidades Prestadoras.
- u) Consulta impressa do **Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP)** - <https://portaldatransparencia.gov.br/sancoes/consulta?paginacaoSimple=true&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&cadastro=1%2C2&colunasSelecionadas=linkDetalhamen>

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

to%2Ccadastro%2CcpfCnpj%2CnomeSancionado%2CufSancionado%2Corgao%2Ccategoria  
Sancao%2CdataPublicacao%2CvalorMulta%2Cquantidade

Na falta e/ou irregularidade de qualquer documento o interessado será notificado a corrigir e/ou sanar a falha.

#### **5. NÃO PODERÃO PARTICIPAR DESTE CREDENCIAMENTO:**

5.1. Pessoas jurídicas que estejam cumprindo a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal.

5.2. Pessoas jurídicas que tenham sido declaradas inidôneas por órgão da Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, por meio de ato publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o praticou, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição.

5.3 Organizações Sociais de Prestação de Serviço de Saúde ou Cooperativas de Prestação de Serviço de Saúde, a teor da Súmula 281 do TCU.

#### **6 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

6.1. Sem prejuízo das sanções previstas no art. 156 da Lei Federal nº 14.133/2021, o licitante adjudicatário ficará sujeito às seguintes penalidades:

6.1.1. No caso de recusa injustificada do adjudicatário em executar os serviços, dentro do prazo estipulado, caracterizará inexecução total do objeto, sujeitando ao pagamento de multa compensatória, limitada a 30% (trinta por cento) do valor total do serviço;

6.1.2. Multa de mora de 0,5 % (cinco décimos por cento) por dia de atraso, a contar da data fixada para o início ou conclusão dos serviços, calculada sobre o valor total do serviço.

6.1.3. A PMSG/FMS poderá reter o pagamento enquanto perdurarem quaisquer pendências junto à mesma.

6.2. As multas aplicadas serão deduzidas do valor total do Contrato ou parcela de pagamento relativa ao evento em atraso, independentemente de notificação ou aviso.

6.3. Não será aplicada multa se, comprovadamente, o atraso na execução dos serviços advir de caso fortuito ou motivo de força maior.

6.4. Para fins de aplicação das sanções previstas nesta cláusula, será garantido ao licitante o direito ao contraditório e à ampla defesa.

6.5. Independentemente das multas aqui previstas, a PMSG/FMS poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à CREDENCIADA as seguintes sanções:

6.5.1. Advertência;

---

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

6.5.2. e impedimento de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 3 (três) anos, nos termos do Art. 156, §4º, da Lei Federal nº 14.133/2021;

6.5.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 6 (seis) anos, nos termos do Art. 156, §5º, da Lei Federal nº 14.133/2021;

### **7. DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:**

7.1. Atender as normas do Sistema Único de Saúde em vigor ou que sejam futuramente publicadas pelos órgãos normativos;

7.2. Os serviços contratados a serem prestados em Unidades Prestadoras deverão ser realizados nas dependências das Clínicas ou Hospitais, e em casos de procedimentos cirúrgicos eletivos deverão ser realizados por entidade hospitalar nas dependências dos Hospitais, contratada de acordo com as determinações da Secretaria Municipal de Saúde de SÃO GABRIEL e demais normativos do Ministério da Saúde, em instalações físicas adequadas e com capacidades operacionais da Contratada, respeitadas as rotinas adotadas pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;

7.2.1. Manter em suas instalações físicas arquivo permanente dos prontuários dos pacientes SUS, arquivos dos exames acompanhados dos respectivos laudos;

7.3. Os credenciados deverão responsabilizar-se-á pelos encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos e quaisquer outros encargos que incidam ou venham a incidir sobre seu pagamento;

7.4. No tocante à prestação de serviços, ao paciente, serão cumpridas as seguintes normas:

a) É vedada à cobrança dos serviços, direta ou indiretamente ao paciente, assim como solicitar doações em dinheiro ou que o mesmo forneça material ou medicamento para exames;

b) Os credenciados serão responsáveis por eventual cobrança indevida feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do instrumento proveniente deste Edital.

7.5. Manter durante a execução do Contrato proveniente deste Edital, todas as condições de habilitação exigidas no Credenciamento.

7.6. Providenciar imediata correção dos erros apontados pela Secretaria Municipal de Saúde, quando da execução dos serviços.

7.7. Atender o paciente do SUS com dignidade, respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços.

7.8. Esclarecer ao paciente do SUS, sobre seus direitos e demais informações necessárias, pertinentes aos serviços oferecidos.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

7.9. Garantir ao usuário a confidencialidade dos dados e das informações sobre sua assistência.

7.10. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier causar ao SUS ou ao paciente deste.

7.11. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

7.12. A fiscalização ou o acompanhamento da execução do Contrato pelos órgãos competentes da Secretaria Municipal de Saúde não exclui, nem reduz a responsabilidade dos profissionais credenciados nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos;

7.13. Permitir acesso dos supervisores auditores e outros profissionais eventuais ou permanentes designados pela Secretaria Municipal de Saúde, para supervisionar e acompanhar a execução dos serviços prestados.

7.14. Nos casos em que houver mais de um candidato pleiteante ou mais de uma entidade pleiteante ao credenciamento para prestação de serviço, com necessidade de desempate, serão usados os critérios a seguir:

### **8. FORMAS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

8.1. Os pagamentos pelos serviços efetivamente realizados e de acordo aos preços unitários propostos serão efetuados em até 30 (trinta) dias após a comprovação e atesto pela Fiscalização do(s) representante da Secretaria de Saúde formalmente designado, acompanhada do relatório dos trabalhos desenvolvidos no mês de competência, observando-se as demais disposições deste Termo de Referência.

### **9. REAJUSTE**

9.1. Os preços contratados permanecerão fixos durante o período de 12 (doze) meses, contados da data da apresentação da Proposta de Preços, conforme estabelecido pela legislação vigente:

9.1.1. Ocorrendo prorrogação que estenda a execução do presente contrato por mais de 12 (doze) meses, os valores poderão ser reajustados, tomando-se por base a variação do IGP-M, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou, na sua falta, de acordo com o índice que legalmente vier a lhe substituir, ou quando houver manifestação entre as partes, neste caso, para se manter o equilíbrio financeiro do contrato;

9.2. Quaisquer tributos ou encargos legais criados, alterados ou extintos, bem como a superveniência de disposições legais, quando ocorridas após a data de apresentação da proposta, de comprovada repercussão nos preços contratados, implicarão na revisão destes para mais ou menos, conforme o caso;

### **10. DOS RECURSOS**

---

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

10.1. Da decisão de indeferimento do credenciamento caberá recursos a Secretária Municipal de Saúde, no Prazo de 03 (três) dias úteis, o qual deverá ser protocolado no endereço definido no item 3.1.

10.2. Serão aceitos recursos interpostos apenas meio de abertura de processo administrativo;

10.3. A instrução e encaminhamento dos Recursos à Autoridade superior serão realizados pela Comissão de Credenciamento no prazo de 03 (três) dias úteis;

10.4. O acolhimento do recurso importará apenas dos atos insusceptíveis de aproveitamento;

10.5. Os Recursos serão decididos no prazo de 05 (cinco dias) úteis, ouvida a procuradoria jurídica do Município.

### **11. DA ADJUDICAÇÃO / HOMOLOGAÇÃO**

11.1. Decorrido o Prazo Recursal ou após o julgamento dos recursos interpostos, a Secretaria Municipal de Saúde Homologará a decisão quanto ao pedido de credenciamento.

11.2. Só poderão ser credenciadas as pessoas jurídicas e físicas que cumprirem todas as exigências mínimas contidas neste Edital.

### **12. CONTRATAÇÃO**

12.1. Os direitos e obrigações decorrentes deste CREDENCIAMENTO, serão formalizados através de Contrato de prestação de serviços, conforme minuta de contrato constante no Anexo Xe XI, observando-se as condições estabelecidas neste Edital, seus Anexos e na legislação vigente

12.2. Somente serão contratadas as empresas, para realização dos serviços constantes deste Edital, que estiverem devidamente credenciadas perante a Secretaria Municipal de Saúde de SÃO GABRIEL.

12.3. A contratação dar-se-á de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, as metas planejadas e programadas, a disponibilidade econômica e orçamentária. A distribuição de cotas entre os prestadores de serviço credenciados e contratados se dará considerando aspectos como capacidade técnico-operacional, disponibilidade de carga horária, auferida através de documentos, declarações e inspeção in loco da Comissão especial de Credenciamento e, pesquisa no Sistema Nacional do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES/DATASUS.

12.4. Homologado credenciamento pela autoridade competente, o Município firmará contrato específico com a(s) CREDENCIADA(S), visando a execução do objeto deste procedimento nos termos da minuta que integra este edital;

12.5. A empresa/pessoa física CREDENCIADA terá o prazo de 03 (três) dias úteis, contados a partir da convocação, para assinar o contrato;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

12.6. O futuro contrato não poderá ser objeto de subcontratação, cessão ou transferência, no todo ou em parte, sem prévia e expressa anuência da Administração;

12.7. O Contratado fica obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nos quantitativos dos serviços/produtos, de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, nos termos do art. 125 da lei 14.133/2021;

12.8. O(s) proponente(s) credenciado(s) será (ão) convocado(s) a assinar o contrato de Credenciamento constante da minuta do Anexo XII, no prazo de até 03 (três) dias úteis, sob pena de decair do direito a não contratação e de descredenciamento, podendo solicitar sua prorrogação por igual período, por motivo justo e aceito pela Administração.

12.9. Na hipótese de o credenciado não atender á convocação para a prestação dos serviços, no prazo e nas condições estabelecidas, a Secretaria Municipal de Saúde poderá redistribuir as cotas entre os credenciados remanescentes, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas na legislação pertinente.

### **13. DO DESCRENCIAMENTO**

13.1. O descredenciamento dos prestadores de serviços, assegurado o contraditório e a ampla defesa, poderá ocorrer quando:

13.1.1. Comprovado fato ou circunstância que comprometa a capacidade técnica ou administrativa do prestador de serviço, ou que reduza a capacidade de prestação de serviço a ponto de não atender às exigências estabelecidas;

13.1.2. O prestador de serviços que deixar de apresentar as atualizações dos documentos solicitados;

13.1.3. O prestador de serviço que deixar, sem motivo justificado, previamente informado, de prestar os serviços contratados, ou deixar de informar a produção de serviços de acordo com o cronograma estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde de SÃO GABRIEL;

13.1.4. O prestador de serviço que deixar de prestar a assistência técnica prevista nesta Instrução;

13.1.5. O prestador de serviço deixar de atender os usuários de forma adequada.

13.1.6. O prestador de Serviço que deixar de atender os pacientes regulados pela Central de Regulação da Secretaria Municipal de SÃO GABRIEL.

### **14. DESCRENCIAMENTO A PEDIDO DO PRESTADOR DE SERVIÇO:**

14.1. Quando o descredenciamento for provocado pelo Prestador de serviço, esta deverá fazer solicitação formal de 30 dias antes da finalização do serviço.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

---

#### **15. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

15.1. As despesas correrão à conta de dotação orçamentária própria, que estará descrita de forma definitiva no contrato de Credenciamento.

#### **16. PRAZO DE VIGENCIA DO CONTRATO / INICIO DA EXECUÇÃO**

16.1. O prazo de vigência do Contrato poderá ser de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato;

16.2. Em decorrência de se tratar de serviços continuados, o prazo de vigência do contrato poderá ter sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração, de acordo com o Art. 124 da Lei Federal Nº 14.133/2021.

SÃO GABRIEL – BA, 14 de março de 2024.

**Hipólito Rodrigues Silva Gomes**  
**Prefeito Municipal**

**Fabiana Silva Rocha**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

### ANEXO I

#### TERMO DE REFERÊNCIA

##### 1. OBJETO

O presente Processo de Chamada Pública é realizar o credenciamento de pessoas físicas e jurídicas, que tenham por escopo a prestação de serviços na área da saúde, que estejam interessadas em contratar com o Poder Público Municipal para os fins de complementar a Rede Municipal de Saúde nos serviços de Apoio, Diagnose e Terapia, atendidos pelo Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, visando ao atendimento da demanda própria do Município de SÃO GABRIEL, para o fim de formar o banco de prestadores interessados em futura contratação com o Município.

Para fins de contratação, poderá participar do Processo de Chamada Pública para fins de Credenciamento no Banco de Prestadores qualquer interessado que detenha atividade pertinente e compatível com quaisquer dos procedimentos objeto do Edital e que atenda a todas as suas exigências, inclusive quanto à documentação.

Os serviços objeto da presente contratação deverão ser prestados no Município de SÃO GABRIEL, à população própria e a referenciada de sua Região de Saúde, de acordo com as normas e diretrizes do SUS, a ser inserido na Rede de Atenção à Saúde do Município de SÃO GABRIEL, conforme definido neste instrumento e seus Anexos.

##### 2. JUSTIFICATIVA

Considerando o que dispõe a Constituição Federal de 1988, em especial o seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a lei 8.080, de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a necessidade de atendimento de serviços especializados conforme os parâmetros da portaria nº. 1097 de 2006;

Considerando a Portaria/GM 1101 de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistenciais; Considerando a Portaria GM/MS 399, de fevereiro de 2006 que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, compromisso entre os gestores do SUS em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população; e

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do trabalho e Educação na Saúde;

Considerando a necessidade de assegurar a prestação de serviço médico aos municípios de SÃO GABRIEL - BA, de forma a complementar a assistência à saúde;

Considerando o quadro funcional de profissionais médicos em aberto;

Considerando que não temos vagas abertas para chamar via concurso;

Considerando que o último PSS não dispõe de vagas para atender a demanda;

Considerando que o Chamamento Público visa abrir a possibilidade de credenciamento durante a vigência do edital, podendo a qualquer momento haver o credenciamento;

O entendimento atualizado do TCU é no sentido de que o credenciamento poderá ser feito inclusive para atuação do profissional de saúde para as unidades públicas de saúde do SUS, desde que devidamente regulamentado.

**1. ESPECIFICAÇÃO E VALOR**

Conforme planilha dos serviços e valores aprovadas pelo conselho municipal de saúde, os serviços que serão credenciados:

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

ITEM	SERVIÇOS PROPOSTOS	PREVISÃO MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ESTIMADO MENSAL	VALOR TOTAL ESTIMADO NO PERÍODO
01	Consulta com Reumatologista	05 consultas /mês	R\$ 350,00	R\$ 1750,00	R\$ 17.500,00
02	Consulta com Angiologista	05 consultas /mês	R\$ 450,00	R\$ 2250,00	R\$ 22.500,00
03	Consulta com Mastologista	05 consultas /mês	R\$ 120,00	R\$ 600,00	R\$ 4.200,00
04	Consulta com Urologista	05 consultas /mês	R\$ 180,00	R\$ 900,00	R\$ 9.000,00
05	Consulta com Proctologista	02 consultas /mês	R\$ 350,00	R\$ 700,00	R\$ 7.000,00
06	Consulta com Pneumologista	05 consultas /mês	R\$ 400,00	R\$ 2000,00	R\$ 20.000,00
07	Consulta com Otorrinolaringologista	05 consultas /mês	R\$ 250,00	R\$1250,00	R\$ 12.500,00
08	Consulta com Neurologista	05 consultas	R\$ 400,00	R\$ 2.000,00	R\$ 20.000,00

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

Table with 6 columns: Item, Description, Quantity/Unit, Unit Value, Monthly Total, and Period Total. Rows include various medical consultations like Dermatologist, Ophthalmologist, etc., and a final row for 'VALOR TOTAL'.

EXAMES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Table with 6 columns: ITEM, SERVIÇOS PROPOSTOS, PREVISÃO MENSAL, VALOR UNITÁRIO, VALOR TOTAL ESTIMADO MENSAL, and VALOR TOTAL ESTIMADO NO PERÍODO. Lists 15 different medical procedures such as Doppler Arterial Venoso, Ultra-Sonografia, etc.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

		/mês			
16	Ecocardiografia Transtorácica	5 unidades /mês	R\$ 400,00	R\$ 2000,00	R\$ 20.000,00
17	Monitoramento pelo Sistema Holter 24h (3 Canais)	2 unidades /mês	R\$ 250,00	R\$ 500,00	R\$ 5.000,00
18	Teste de Esforço/Teste Ergométrico	2 unidades /mês	R\$ 320,00	R\$ 640,00	R\$ 6.400,00
19	Punção Guiada por USG de Tireóide	2 unidades /mês	R\$ 710,00	R\$ 1420,00	R\$ 14.200,00
20	Endoscopia Digestiva Alta	5 unidades /mês	R\$ 400,00	R\$ 2000,00	R\$ 20.000,00
21	Ressonância Magnética S/ Contraste (Qualquer parte exceto abdômen)	2 unidades /mês	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00	R\$ 16.000,00
22	Ressonância Magnética S/ Contraste (Abdômen Total)	2 unidades /mês	R\$ 1.400,00	R\$ 2.800,00	R\$ 28.000,00
23	Contraste Ressonância Magnética	2 unidades /mês	R\$ 220,00	R\$ 440,00	R\$ 4.400,00
25	Contraste Tomografia Computadorizada	2 unidades /mês	R\$ 200,00	R\$ 400,00	R\$ 4.000,00
26	Tomografia Computadorizada C/ Contraste (Abdômen total)	2 unidades /mês	R\$ 540,00	R\$ 1080,00	R\$ 10.800,00
<b>VALOR TOTAL</b>					<b>R\$ 196.400,00</b>

Valor estimado da contratação anual em R\$ 237.450,00 (duzentos e trinta e sete mil quatrocentos e cinquenta reais).

## 2. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Para efeitos da contratação consideram-se profissionais da CONTRATADA:

- os membros de seu corpo clínico e de profissionais; o profissional que tenha vínculo de emprego com a CONTRATADA;
- o profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços à CONTRATADA, ou que por esta seja autorizado;
- Não poderão fazer parte do corpo clínico da Contratada, profissionais que façam parte do efetivo desta municipalidade;

A CONTRATADA não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados, sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatização suplementar exercidos pela Contratante sobre a execução do objeto deste, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142/90), além das Normas Operacionais da Saúde.

É de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA a utilização de pessoal para execução do objeto deste CONTRATO, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

transferidos para a Contratante ou para o Ministério da Saúde. Os agendamentos dos procedimentos serão realizados por meio da Secretaria Municipal de Saúde.

#### **5 - DO REGIME DE EXECUÇÃO, LOCAL E DA FORMA DO FORNECIMENTO**

5.1. O serviço contratado será realizado por execução indireta.

5.2. A execução do objeto seguirá as diretrizes estabelecida pela Secretaria de Saúde, conforme edital de credenciamento.

5.3. A CONTRATADA deverá executar o serviço utilizando-se dos materiais e equipamentos necessários à perfeita execução do fornecimento, conforme ordem de solicitação emitida pela Secretaria solicitante.

#### **6 – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

6.1. Os custos com a presente contratação correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 02.09.02**  
**PROJETO/ ATIVIDADE: 2042/2044**  
**ELEMENTO DE DESPESA: 339036.00/339039.00**  
**FONTE: 1.500 / 1.600**

#### **7 – MODELO DE GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

7.1. A fiscalização decorrente das contratações, será acompanhada e fiscalizada pelo servidor designada por pela Secretaria Municipal de Saúde, ou pelo respectivo substituto designado, permitida a contratação de terceiros para assisti-los e subsidiá-los com informações pertinentes a essa atribuição, nos termos do artigo 117 da Lei 14.133/2021.

7.2 O fiscal do contrato anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

7.3. O fiscal do contrato informará a seus superiores, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes, a situação que demandar decisão ou providência que ultrapasse sua competência.

7.4. O fiscal do contrato será auxiliado pelos órgãos de assessoramento jurídico e de controle interno da Administração, que deverão dirimir dúvidas e subsidiá-lo com informações relevantes para prevenir riscos na execução contratual.

7.5. A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios, e, na ocorrência desta,

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

não implica em corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos.

7.6. O gestor do contrato, com atribuições administrativas e a função de administrar o contrato, desde sua concepção até a finalização, especialmente:

- I - analisar a documentação que antecede o pagamento;
- II - analisar os pedidos de reequilíbrio econômico-financeiro do contrato;
- III - analisar eventuais alterações contratuais, após ouvido o fiscal do contrato;
- IV - analisar os documentos referentes ao recebimento do objeto contratado;
- V - acompanhar o desenvolvimento da execução através de relatórios e demais documentos relativos ao objeto contratado;
- VI - decidir provisoriamente a suspensão da entrega de bens ou a realização de serviços;

7.8. O contratado deverá manter preposto aceito pela Administração durante o fornecimento do bem para representá-lo na execução do contrato.

### **8. DO PAGAMENTO E DOS CRITÉRIOS PARA MEDIÇÃO**

8.1. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período.

8.2. O pagamento será realizado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias úteis contados da finalização da liquidação da despesa, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado, respeitada a ordem cronológica prevista no artigo 142 da 14.133/21.

8.3. Considera-se ocorrido o recebimento da nota fiscal ou fatura no momento em que o Órgão contratante atestar a execução do objeto do contrato.

8.4. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei 14.133/2021.

8.5. O pagamento somente será efetuado após o "atesto", pelo servidor competente, da Nota Fiscal/Fatura apresentada pela Contratada, acompanhada das Certidões Negativas de Débitos Previdenciários, Trabalhistas, FGTS, Fazendas Federal, Estadual e Municipal.

8.5.1. O "atesto" fica condicionado à verificação da conformidade da Nota Fiscal/Fatura apresentada pela Contratada e do regular cumprimento das obrigações assumidas.

8.6. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará pendente até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a

---

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante.

8.7. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos da Instrução Normativa nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal do Brasil.

8.8.1. A Contratada regularmente optante pelo Simples Nacional, instituído pelo artigo 12 da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção quanto aos impostos e contribuições abrangidos pelo referido regime, em relação às suas receitas próprias, desde que, a cada pagamento, apresente a declaração de que trata o artigo 6º da Instrução Normativa RFB nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

8.9. O pagamento será efetuado por meio de Ordem Bancária de Crédito, mediante depósito em conta corrente, na agência e estabelecimento bancário indicado pela Contratada, ou por outro meio previsto na legislação vigente.

8.10. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

8.11. A Contratante não se responsabilizará por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela Contratada, que porventura não tenha sido acordada no contrato.

## 9 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

9.1. A CONTRATADA obriga-se a:

- I. Executar os serviços na forma ajustada;
- II. Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato;
- III. Manter durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de Habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- IV. Apresentar durante a execução do Contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas no presente Credenciamento;
- V. Reparar, corrigir, remover, substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, os serviços em que verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução;
- VI. Responder, diretamente, por quaisquer perdas, danos ou prejuízos que vierem a causar ao **CRENCIANTE** ou a terceiros, decorrentes de sua ação ou

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

omissão, dolosa ou culposa, na execução do Contrato, independentemente de outras cominações contratuais ou legais a que estiver sujeita;

- VII. Responsabilizar-se por todos e quaisquer ônus e encargos decorrentes da legislação fiscal (Federal, Estadual e Municipal), previdenciária, trabalhista e comercial, decorrentes da execução do presente Contrato;
- VIII. Comunicar, por escrito, ao **CRENCIANTE** qualquer dificuldade eventual que inviabilize a execução dos serviços, a fim de serem adotadas as providências cabíveis;
- IX. Não subcontratar, ceder ou transferir, no todo ou em parte, o objeto deste Contrato a terceiros;
- X. Assumir todos os encargos de possível demanda trabalhista, civil ou penal relacionada a este Contrato, originariamente ou vinculados por prevenção, conexão ou continência.
- XI. Responsabilizar-se por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados.
- XII. Atender, com presteza, as reclamações sobre a qualidade dos serviços prestados, providenciando sua correção sem ônus para a **CRENCIANTE**;
- XIII. Assumir responsabilidade integral por todos os danos que possa causar a **CRENCIANTE** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, na execução deste Contrato;
- XIV. Responder por todos os danos e prejuízos, decorrentes das paralisações na prestação dos serviços, salvo, na ocorrência de caso fortuito ou de força maior, sem que haja culpa do **CRENCIANTE**, desde que devidamente apurados na forma da legislação vigente e sejam comunicados ao **CRENCIANTE** no prazo máximo de até 2 (dois) dias da ocorrência.
- XV. Sujeitar-se a mais ampla e irrestrita fiscalização e supervisão, no que tange ao objeto do presente contrato, prestando os esclarecimentos solicitados e atendendo às determinações efetuadas.
- XVI. O profissional deverá seguir as normas e rotinas das Unidades de Saúde onde deverão prestar os serviços objeto do presente instrumento contratual, conforme o determinado pela **CRENCIANTE**.
- XVII. O profissional deverá ter Certificado Digital apto a atender através de Prontuário eletrônico, quando solicitado pela **CRENCIANTE**, além de seguir as normas e rotinas das Unidades de Saúde onde deverão prestar os serviços objeto do presente instrumento contratual, conforme o determinado pela **CRENCIANTE**.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

9.2. A CONTRATANTE obriga-se a

- I. Efetuar o pagamento ajustado;
- II. Fiscalizar a execução deste Contrato;
- III. O Gerenciamento do Contrato e das notas de empenhos das despesas resultante do presente Credenciamento será feito pelo (a) Coordenador Administrativo da Unidade.
- IV. Fornecer as refeições dos profissionais do **CRENCIADO** que estiverem em regime de Plantão;
- V. Dar ao **CRENCIADO** as condições necessárias à regular execução do Contrato;
- VI. Dar ciência ao **CRENCIADO** de quaisquer modificações que venham a ocorrer neste Contrato;

**Parágrafo Único.** É obrigação comum o cumprimento dos prazos avençados neste instrumento

## 10 – DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

10.1. A descrição da solução como um todo, é a complementação dos serviços de saúde prestados pelo Município de SÃO GABRIEL, visando atender a demanda da população e a universalização da saúde.

## 11 - DA SUBCONTRATAÇÃO

11.1. Não será admitida a subcontratação.

## 12 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. O Município de São Gabriel reserva-se no direito de impugnar o serviço prestado, se esses não estiverem de acordo com as especificações contidas neste Termo de referência.

12.2. Os casos omissos serão resolvidos com base nos dispositivos constantes na Lei 14.133/2021 e no Decreto Municipal 017/2024.

12.3. Fica eleito o foro da Comarca de Irecê como único e competente para dirimir quaisquer demandas do presente contrato, por mais privilegiado que outro possa ser.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

SÃO GABRIEL – BA, 14 de março de 2024.

Fabiana Silva Rocha  
Fundo Municipal de Saúde

**ANEXO - II**

MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2024

TERMO DE  
CREDENCIAMENTO DE  
EMPRESAS PARA  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS  
ASSISTENCIAIS DE PESSOAS  
FÍSICAS E JURÍDICAS.

O MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_ Estado da \_\_\_\_\_, 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 pelo Srº \_\_\_\_\_, brasileiro, portador do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, Gestor do Fundo Municipal de Saúde e pelo \_\_\_\_\_, brasileiro, maior, portador do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, Prefeito Municipal, doravante denominado CREDENCIANTE, e \_\_\_\_\_ (qualificar), inscrito no CNPJ (ou CIC)/MF, doravante denominado CREDENCIADO(A), têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, de conformidade com a Lei Federal Nº 14.133/2021 e o Decreto Municipal Nº 017/2024, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – do objeto**

O presente termo tem por objeto a **EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE** de Pessoas Físicas ou Jurídicas de acordo com os quantitativos e especificações constantes neste Edital e seus anexos,

**CLÁUSULA SEGUNDA – do prazo**

O prazo de vigência do credenciamento será de XX (XXX) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do (a) CREDENCIADO (A), por iguais e sucessivos períodos, até o limite 5 (cinco) anos, conforme Art. 106 da Lei Federal Nº 14.133/2021

**CLÁUSULA TERCEIRA – da forma e do prazo do pagamento**

Os serviços contratados por este Termo serão pagos, após a comprovação dos serviços prestados e visada pela fiscalização do CREDENCIANTE, mensalmente, 30 (trinta) dias a partir da emissão da nota fiscal devidamente atestada pela Secretária Municipal de Saúde, estabelecidos na tabela de serviços, preços de referências e valores mensais.

**CLÁUSULA QUARTA – das condições de execução**

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

- I – O credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;
- II – O (A) CREDENCIADO (A) deverá manter durante a vigência deste Termo as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;
- III – É de responsabilidade exclusiva e integral do (a) CREDENCIADO (A) a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais;

**CLÁUSULA QUINTA – da fiscalização**

O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo que ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, que designará servidor ou comissão para tanto, não excluindo ou restringindo a responsabilidade do (a) CREDENCIADO (A) na prestação do serviço, objeto desse Termo.

**CLÁUSULA SEXTA – da rescisão**

A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes hipóteses:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação do (a) CREDENCIADO (A);
- c) por acordo entre partes;
- d) unilateral, pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou no Termo de Credenciamento.

**CLÁUSULA SÉTIMA – do foro**

Fica eleito o Foro da Comarca sede do Município de SÃO GABRIEL para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em três vias de igual teor e forma.

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

CREDENCIANTE

CREDENCIADO (A)

**Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000**

**Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)**



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

**ANEXO - III**

**MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO**

A empresa .....com sede na Rua .....Nº...Bairro....., inscrita no CNPJ/MF sob o Nº.....credencia o senhor(a) ....., (nacionalidade, estado civil, profissão), portador do Registro de Identidade nº ....., expedido pela ....., devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda, sob o nº ....., residente à rua ....., nº ..... como meu mandatário, para representar esta empresa, com poderes para praticar todos os atos necessários, relativos ao Credenciamento nº 002/2024, em especial apresentar documentos, prestar declarações de qualquer teor, impugnar, recorrer, apresentar contra razões de recursos, desistir de prazos de interposição de recursos e do direito aos mesmos, a que tudo será dado como bom, firme e valioso.

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

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

**Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000**  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

**ANEXO IV**

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

Declaramos, para os fins do disposto no inciso VI do art. 68 da Lei Federal nº 14.133/2021, 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 e Carimbo

**Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000**  
**Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)**



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu \_\_\_\_\_, XXXXXXXX  
(CATEGORIA PROFISSIONAL) inscrito no Conselho Regional de Medicina do  
Estado da \_\_\_\_\_ sob nº \_\_\_\_\_/ BA, portador de  
CPF \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins de direito que  
assumo a responsabilidade técnica do Estabelecimento abaixo discriminado:

CNPJ: \_\_\_\_\_  
Razão Social: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_,  
CEP: \_\_\_\_\_, no Município de \_\_\_\_\_

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

PROFISSIONAL  
Carimbo e Assinatura

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO VI

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO E CONCORDÂNCIA  
COM OS TERMOS DO EDITAL  
Credenciamento No \_\_\_\_/\_\_\_\_

Ilma. Sra. Secretária Municipal de Saúde de SÃO GABRIEL/ Ba.

PROPONENTE		
CARACTERIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica. CNPJ:	
	<input type="checkbox"/> Pessoa Física. CPF:	
ENDEREÇO:		
COMPLEMENTO:		
TELEFONE C/ DDD	Fixo: ( )	Celular ( )
ENDEREÇO ELETRONICO	Página na Web:	e-mail:
REPRESENTANTE LEGAL:		
ITEM	SERVICO/PROCEDIMENTO CONFORME EDITAL	QUANTIDADE QUE SE COMPROMETE A REALIZAR

Na condição de proponente acima qualificado, vimos através do presente documento requerer o credenciamento para a prestação de serviços conforme edital e regulamento publicado por esta secretaria, declarando, sob as penas da lei, que:  
a) As informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;  
b) Qualquer fato superveniente impeditivo de credenciamento ou de contratação será informado;  
c) Conhece os termos do Edital de Credenciamento bem como as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto do credenciamento, com as quais concorda;  
d) Aceita e está de acordo com as normas e tabela de valores definidos;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

- e) Não se encontra suspenso, nem declarada inidôneo para participar de licitações ou contratar com órgão ou entidades da Administração Pública;
- f) Não se enquadra nas situações de impedimentos previstos no edital do credenciamento;
- g) Os serviços pleiteados para credenciamento são compatíveis com o seu objeto social, com o registro no Conselho profissional competente, com a experiência, a capacidade instalada, a infra-estrutura adequada à prestação dos serviços conforme exigido;
- h) Realizará todas as atividades a que se propõe.

Anexando ao presente requerimento toda a documentação exigida no edital de credenciamento, devidamente assinada e rubricada, pede deferimento.

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

RAZÃO SOCIAL // CNPJ // NOME DO REPRESENTANTE LEGAL // ASSINATURA

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

**ANEXO VII**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO IMPEDIMENTO**

Declaramos, sob as penas da lei, que esta proponente não incorre em quaisquer das seguintes situações:

- a) Ter sido declarada inidônea por ato do Poder Público;
- b) Ter sido apenada com suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, nos últimos dois anos;
- c) Impedida de licitar, de acordo com o art. 14 da Lei Federal Nº 14.133/2021.

Nos termos do art. 92, inc. XVI da Lei Federal Nº 14.133/2021, comprometemo-nos a informar a ocorrência de fato superveniente impeditivo da habilitação e qualificação exigidas no edital.

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

\_\_\_\_\_  
Representante Legal  
(com carimbo da empresa)

**Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000**  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO VIII

MINUTA DE CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO;

EXTRATO DE CREDENCIAMENTO	Lei Federal Nº 14.133/2021
EDITAL DE CREDENCIAMENTO:	
TIPO DE CREDENCIAMENTO:	Pessoa Jurídica ( ) Pessoa Física ( )
CREENCIANTE:	Fundo Municipal de Saúde
CREENCIADO:	
OBJETO:	
FORMA DE PAGAMENTO	Mensal
DOTAÇÃO:	
DATA DA ASSINATURA:	

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO

A Secretária Municipal de Saúde do Município de SÃO GABRIEL, BA, no uso de suas atribuições, declara em atendimento ao disposto no art. 72, parágrafo único da Lei Federal Nº 14.133/2021, que foi publicado no mural de avisos da Prefeitura Municipal, o extrato resumido do **CREENCIAMENTO** firmado entre as partes acima mencionadas, pelos prazos estipulados em lei. Por ser expressão da verdade, firmo o presente, para que surta os efeitos legais.

SÃO GABRIEL-BA, aos \_\_\_\_ do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO IX

PESSOA FÍSICA

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º \_\_\_\_ / 2024**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE CREDENCIAMENTO N.º 002/2024**

O Município de **SÃO GABRIEL**, através do Fundo Municipal de Saúde - FUMSAUDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 13.816.024/0001-65, com sede no Largo da Pátria, nº 132, Centro, São Gabriel/BA, neste ato representado por seus Gestores o Sr. Hipólito Rodrigues Silva Gomes, Prefeito Municipal e a Srª Fabiana Silva Rocha, Gestora do Fundo Municipal de Saúde, doravante denominado CREDENCIANTE, e, do outro lado, \_\_\_\_\_, residente na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, bairro\_\_\_\_\_, no Município de \_\_\_\_\_, portador de cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ SSP/BA e CPF nº \_\_\_\_\_, denominando-se a partir de agora, simplesmente, **CREDENCIADO**; firmam o presente Contrato, decorrente da modalidade de **Credenciamento nº.01/2024 – FMS/PMSG, Processo Administrativo nº 0223/2024**, sujeitando-se os CREDENCIANTES à Lei Federal nº 14.133/2021.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O Objeto do Presente Contrato é a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE** no âmbito das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de **SÃO GABRIEL** de acordo com os quantitativos e especificações constantes neste Edital e seus anexos.

**Parágrafo Único.** O processo, normas, instruções, Edital, anexos, constante na licitação modalidade **Credenciamento Público nº 002/2024 – FMS/PMSG** passam a fazer parte integrante deste instrumento contratual independente de transcrições.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO**

2.1. O prazo de vigência do presente Contrato, considerado serviço continuado, é de **12 (doze) meses** a partir da data da assinatura do contrato, podendo ser

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

prorrogado mediante Termo Aditivo, desde que observadas às disposições do art. 105, caput e parágrafos, da Lei Federal nº 14.133/2021

2.2. O prazo para início dos serviços será após o empenho e ordem de serviço, até o vencimento do contrato, podendo ser prorrogado de acordo com as especificações da lei 14.133/2021.

2.3. O CREDENCIADO ficará obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que fizerem necessários no quantitativo do objeto CREDENCIADO, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do CREDENCIAMENTO.

2.4.A secretaria de Saúde poderá recusar todo e qualquer serviço realizado em desacordo com a Autorização, no que se refere à execução do mesmo com o apresentado no **REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**, obrigando-se o CREDENCIADO a executá-lo de modo pertinente sem quaisquer ônus adicionais.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO REGIME DE EXECUÇÃO E DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

3.1. O presente Contrato subordina-se ao **regime de execução indireta por empreitada por preço unitário**, sendo dele decorrentes as seguintes obrigações:

a) Do **CREDENCIADO**:

- XVIII.** Executar os serviços na forma ajustada;
- XIX.** Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato;
- XX.** Manter durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de Habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- XXI.** Apresentar durante a execução do Contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas no presente Credenciamento;
- XXII.** Reparar, corrigir, remover, substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, os serviços em que verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução;
- XXIII.** Responder, diretamente, por quaisquer perdas, danos ou prejuízos que vierem a causar ao **CREDENCIANTE** ou a terceiros, decorrentes de sua ação ou omissão, dolosa ou culposa, na execução do Contrato, independentemente de outras cominações contratuais ou legais a que estiver sujeita;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

- XXIV.** Responsabilizar-se por todos e quaisquer ônus e encargos decorrentes da legislação fiscal (Federal, Estadual e Municipal), previdenciária, trabalhista e comercial, decorrentes da execução do presente Contrato;
- XXV.** Comunicar, por escrito, ao **CRENCIANTE** qualquer dificuldade eventual que inviabilize a execução dos serviços, a fim de serem adotadas as providências cabíveis;
- XXVI.** Não subcontratar, ceder ou transferir, no todo ou em parte, o objeto deste Contrato a terceiros;
- XXVII.** Assumir todos os encargos de possível demanda trabalhista, civil ou penal relacionada a este Contrato, originariamente ou vinculados por prevenção, conexão ou continência.
- XXVIII.** Responsabilizar-se por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados.
- XXIX.** Atender, com presteza, as reclamações sobre a qualidade dos serviços prestados, providenciando sua correção sem ônus para a **CRENCIANTE**;
- XXX.** Assumir responsabilidade integral por todos os danos que possa causar a **CRENCIANTE** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, na execução deste Contrato;
- XXXI.** Responder por todos os danos e prejuízos, decorrentes das paralisações na prestação dos serviços, salvo, na ocorrência de caso fortuito ou de força maior, sem que haja culpa do **CRENCIADO**, desde que devidamente apurados na forma da legislação vigente e sejam comunicados ao **CRENCIANTE** no prazo máximo de até 2 (dois) dias da ocorrência.
- XXXII.** Sujeitar-se a mais ampla e irrestrita fiscalização e supervisão, no que tange ao objeto do presente contrato, prestando os esclarecimentos solicitados e atendendo às determinações efetuadas.
- XXXIII.** O profissional deverá seguir as normas e rotinas das Unidades de Saúde onde deverão prestar os serviços objeto do presente instrumento contratual, conforme o determinado pela **CRENCIANTE**.
- XXXIV.** O profissional deverá ter Certificado Digital apto a atender através de Prontuário eletrônico, quando solicitado pela **CRENCIANTE**, além de seguir as normas e rotinas das Unidades de Saúde onde deverão prestar os serviços objeto do presente instrumento contratual, conforme o determinado pela **CRENCIANTE**.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

### b) Do CREDENCIANTE:

- VII. Efetuar o pagamento ajustado;
- VIII. Fiscalizar a execução deste Contrato;
- IX. O Gerenciamento do Contrato e das notas de empenhos das despesas resultante do presente Credenciamento será feito pelo (a) Coordenador Administrativo da Unidade.
- X. Fornecer as refeições dos profissionais do **CREDENCIADO** que estiverem em regime de Plantão;
- XI. Dar ao **CREDENCIADO** as condições necessárias à regular execução do Contrato;
- XII. Dar ciência ao **CREDENCIADO** de quaisquer modificações que venham a ocorrer neste Contrato;

**Parágrafo Único.** É obrigação comum o cumprimento dos prazos avençados neste instrumento.

### CLÁUSULA QUARTA - DO RECEBIMENTO

4.1. O objeto do presente Contrato será recebido pelo **CREDENCIANTE** na forma do disposto no inciso I do art. 140 da Lei Federal nº 14.133/2021, que estatui:

4.1.1. **Provisoriamente**, pelos responsáveis por seu acompanhamento e fiscalização, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes em até 15 (quinze) dias da comunicação escrita do contratado, em 2 (duas) vias de igual teor, na forma do disposto na alínea "a" do inciso I do art. 140 da Lei Federal nº 14.133/2021;

4.1.2. **Definitivamente**, pelos responsáveis por seu acompanhamento e fiscalização, após a certificação de que os serviços foram executados de acordo com o solicitado, em perfeita adequação com os termos contratuais, quando será lavrado Termo Circunstanciado, assinado pelas partes, em 2 (duas) vias de igual teor, na forma do disposto na alínea "b" do inciso I do art. 140 da Lei Federal nº 14.133/2021.

4.2. O recebimento provisório ou definitivo não exclui o **CREDENCIADO** da responsabilidade civil pela solidez e segurança dos serviços prestados, nem ético-profissional pela perfeita execução do Contrato, conforme determina o artigo 140, parágrafo 2º da Lei 14.133/2021.

### CLÁUSULA QUINTA - DO PREÇO

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

5.1. A PMSG/ FMS pagará ao CREDENCIADO, no **prazo máximo de até 30 (trinta) dias**, de acordo com os serviços efetivamente executados, após o recebimento, conferência e aceite dos serviços executados, de acordo com as condições constantes da Proposta, e de acordo com as demais exigências administrativas em vigor, sendo pré-requisito para a liberação dos pagamentos as autorizações emitidas pela **Secretaria de Saúde/FMS-PMSG**. O **valor total estimado** deste Contrato é de R\$ (\_\_\_\_\_).

5.1.1. Os valores do presente Contrato poderão ser reajustados, através de acordo entre as partes, a cada 12 (doze) meses, tomando-se por base a variação do Índice Geral de Preços - IGPM da Fundação Getúlio Vargas ou, na sua falta, de acordo com o índice que legalmente vier a lhe substituir.

5.1.2. O pagamento será efetuado de acordo com a prestação de serviço, até 30 (trinta) dias após a comprovação dos serviços prestados.

5.1.3. Se o serviço não for executado conforme as especificações, o pagamento ficará suspenso até execução correta.

#### CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas com a contratação para execução dos serviços, objeto desta licitação correrão à conta da seguinte programação de dotação orçamentária, correspondente ao período de execução da despesa no exercício de 2024:

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 02.09.02**  
**PROJETO/ ATIVIDADE: 2042/2044**  
**ELEMENTO DE DESPESA: 339036.00/339039.00**  
**FONTE: 1.500 / 1.600**

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO CONTRATUAL E DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

7.1. Este Contrato poderá ser rescindido nas seguintes hipóteses:

- I. O não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações e prazos;
- II. O cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações e prazos;
- III. A lentidão do seu cumprimento, levando a Administração a comprovar a impossibilidade da prestação dos serviços, nos prazos estipulados;
- IV. O atraso injustificado no início da prestação dos serviços credenciados;
- V. A paralisação dos serviços, sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

- VI.** O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores;
- VII.** O cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas na forma do § 1º do art. 117 da Lei Federal Nº 14.133/2021;
- VIII.** A decretação de falência ou a instauração de insolvência civil;
- IX.** Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificados e determinados pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado o CREDENCIANTE e exaradas no processo administrativo a que se refere o Contrato.

§ 1º Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

§ 2º. Poderá a CREDENCIANTE, por meio de comunicação escrita e fundamentada da autoridade competente, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, rescindir unilateralmente ou amigavelmente, este instrumento, desde que haja conveniência administrativa e relevante interesse público, com fulcro no art. 138, §§ 1º e 2º, da Lei Federal n.º 14.133/2021

7.2. Este Contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, nos termos do artigo 124 da lei 14.133/2021.

7.3. A rescisão deste CONTRATO poderá ser:

I. Determinada por ato unilateral e escrita da Administração do CREDENCIANTE, nos casos enumerados nos incisos I a IX do artigo 137 da Lei 14.133/2021 mencionada, notificando-se o CREDENCIADO com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

II. Amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração do CREDENCIANTE;

III. Judicial, nos termos da legislação vigente sobre a matéria.

IV. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

V. - Os casos de rescisão ajuste serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

VI. – Quando a rescisão for provocada pelo CREDENCIADO, esta deverá fazer solicitação formal de rescisão contratual 30 dias antes da finalização do serviço.

---

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

7.4. No caso de rescisão deste Contrato, o CREDENCIADO receberá apenas o pagamento dos serviços já prestados e aprovados pelo CREDENCIANTE.

### **CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES GERAIS**

8. Deverá o CREDENCIADO observar, também, o seguinte:

8.1. Este CREDENCIAMENTO poderá ser alterado nos casos previstos no art. 124 da Lei 14.133/2021, desde que haja interesse da Administração do CREDENCIANTE, com a apresentação das devidas justificativas adequadas a este CREDENCIAMENTO.

8.2. Durante a sua vigência o CREDENCIAMENTO será acompanhado e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou por servidores e empresas devidamente autorizados para tal, representando o CREDENCIANTE. Também estará sujeito a fiscalização, auditoria e inspeção pelos demais órgãos de controle interno e externo.

8.3. A Secretaria Municipal de Saúde anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do CREDENCIAMENTO, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

8.4. As decisões e providências que ultrapassarem a competência do representante deverão ser solicitadas ao órgão competente, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

8.5. Além do acompanhamento e da fiscalização, o gestor do CONTRATO designado pela CREDENCIANTE poderá, ainda, sustar qualquer execução que esteja em desacordo com o especificado, sempre que essa medida se tornar necessária.

8.6. Não obstante a CREDENCIANTE seja a única e exclusiva responsável pela execução do CREDENCIAMENTO, a CREDENCIANTE reserva-se o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessas responsabilidades, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre a execução do objeto ajustado, diretamente ou por prepostos designados.

### **CLÁUSULA NONA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

9.1. Sem prejuízo das sanções previstas no art. 156 da Lei Federal n.º 14.133/2021, o credenciado adjudicatário ficará sujeito às seguintes penalidades:

9.1.1. No caso de recusa injustificada do adjudicatário em executar os serviços, dentro do prazo estipulado, caracterizará inexecução total do objeto, sujeitando ao pagamento de multa compensatória, limitada a 30% (trinta por cento) do valor total do serviço;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

9.1.2. Multa de mora de 0,5% (cinco décimos por cento) por dia de atraso, a contar da data fixada para o início ou conclusão dos serviços, calculada sobre o valor total do serviço;

9.1.3. A PMSG/FMS poderá reter o pagamento enquanto perdurarem quaisquer pendências junto à mesma.

9.2. As multas aplicadas serão deduzidas do valor total do Contrato ou parcela de pagamento relativa ao evento em atraso, independentemente de notificação ou aviso.

9.3. Não será aplicada multa se, comprovadamente, o atraso na execução dos serviços advir de caso fortuito ou motivo de força maior.

9.4. Para fins de aplicação das sanções previstas nesta cláusula, será garantido ao licitante o direito ao contraditório e à ampla defesa.

9.5. Independentemente das multas aqui previstas, a PMSG/FMS poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao CREDENCIADO as seguintes sanções:

9.5.1. Advertência;

9.5.2. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 3 (três) anos;

9.5.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública nos termos do Art. 156, § 5º da Lei Federal Nº 14.133/2021.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DA FISCALIZAÇÃO

10.1. No curso da execução deste instrumento, caberá ao **CREDENCIANTE**, o direito de fiscalizar a fiel observância das disposições contratuais, sem prejuízo da fiscalização exercida pelo **CREDENCIADO**.

§ 1º. A execução do presente Contrato será acompanhada e fiscalizada pelo **Gestor do Contrato, Fiscais e seus respectivos suplentes**.

§ 2º. A fiscalização exercida pelo **CREDENCIANTE** não implica em corresponsabilidade sua ou do responsável pelo acompanhamento do Contrato, não excluindo nem reduzindo a responsabilidade do **CREDENCIADO**, inclusive por danos que possam ser causados ao **CREDENCIANTE** ou a terceiros, por qualquer irregularidade decorrente de culpa ou dolo do **CREDENCIADO** na execução do Contrato.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Para todas as questões oriundas do presente Contrato, será competente o foro da Comarca de Irecê, Estado da Bahia, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

E por assim estarem de acordo, ajustados e contratados, após lido e achado conforme, as partes a seguir, firmam o presente Contrato em 05 (cinco) vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das 2 (duas) testemunhas abaixo-assinadas, para que produza todos os efeitos legais e resultantes de direito.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**CRENCIADO**

\_\_\_\_\_  
**CRENCIANTE**

**TESTEMUNHAS:**

\_\_\_\_\_

**Nome:**  
**CPF.:**

**Nome:**  
**CPF.:**

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO X

PESSOA JURÍDICA

MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º \_\_\_\_ / 2024  
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE CREDENCIAMENTO N.º 002/2024

O Município de **SÃO GABRIEL**, através do Fundo Municipal de Saúde - FUMSAUDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 13.816.024/0001-65, com sede no Largo da Pátria, nº 132, Centro, São Gabriel/BA, neste ato representado por seus Gestores o Sr. Hipólito Rodrigues Silva Gomes, Prefeito Municipal e a Srª Fabiana Silva Rocha, Gestora do Fundo Municipal de Saúde, doravante denominado **CRENCIANTE**, e, do outro lado, a \_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Edifício \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, no Município de \_\_\_\_\_, através de seu Representante Legal, \_\_\_\_\_, portador de cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ SSP/BA e CPF nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, denominando-se a partir de agora, simplesmente, **CRENCIADA**; firmam o presente Contrato, decorrente da modalidade de **Credenciamento nº. 002/2024 - FMS/PMSG, Processo Administrativo nº 0223/2024**, sujeitando-se os CRENCIANTES à Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O Objeto do Presente Contrato é a **CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE** de acordo com os quantitativos e especificações constantes neste Edital e seus anexos.

**Parágrafo Único.** O processo, normas, instruções, Edital, anexos, constante na licitação modalidade **Credenciamento Público nº 002/2024 - FMS/PMSG** passam a fazer parte integrante deste instrumento contratual independente de transcrições.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000  
Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO

2.1. O prazo de vigência do presente Contrato, considerado serviço continuado, é de **12 (doze) meses** a partir da data da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo, desde que observadas às disposições do art. 105, caput e parágrafos, da Lei Federal nº 14.133/2021

2.2. O prazo para início dos serviços será após o empenho e ordem de serviço, até o vencimento do contrato, podendo ser prorrogado de acordo com as especificações da lei 14.133/2021.

2.3. A CREDENCIADA ficará obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que fizerem necessários no quantitativo do objeto CREDENCIADO, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do CREDENCIAMENTO.

2.4. A secretaria de Saúde poderá recusar todo e qualquer serviço realizado em desacordo com a Autorização, no que se refere à execução do mesmo com o apresentado no **REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**, obrigando-se a CREDENCIADA a executá-lo de modo pertinente sem quaisquer ônus adicionais.

#### CLÁUSULA TERCEIRA – DO REGIME DE EXECUÇÃO E DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O presente Contrato subordina-se ao **regime de execução indireta por empreitada por preço unitário**, sendo dele decorrentes as seguintes obrigações:

##### a ) DA CREDENCIADA:

**XXXV.** Executar os serviços na forma ajustada;

**XXXVI.** Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato;

**XXXVII.** Manter durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de Habilitação e qualificação exigidas na licitação;

**XXXVIII.** Apresentar durante a execução do Contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas no presente Credenciamento, em especial encargo social, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais;

**XXXIX.** Reparar, corrigir, remover, substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, os serviços em que verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

**XL.** Responder, diretamente, por quaisquer perdas, danos ou prejuízos que vierem a causar ao **CREDCIANTE** ou a terceiros, decorrentes de sua ação ou omissão, dolosa ou culposa, na execução do Contrato, independentemente de outras cominações contratuais ou legais a que estiver sujeita;

**XLI.** Responsabilizar-se por todos e quaisquer ônus e encargos decorrentes da legislação fiscal (Federal, Estadual e Municipal), previdenciária, trabalhista e comercial, decorrentes da execução do presente Contrato;

**XLII.** Comunicar, por escrito, ao **CREDCIANTE** qualquer dificuldade eventual que inviabilize a execução dos serviços, a fim de serem adotadas as providências cabíveis;

**XLIII.** Não subcontratar, ceder ou transferir, no todo ou em parte, o objeto deste Contrato a terceiros;

**XLIV.** Arcar com todos os encargos de naturezas tributária, social, para fiscal, as obrigações trabalhistas e previdenciárias, vez que não haverá vínculo empregatício dos empregados da **CREDCIADA** com a **CREDCIANTE**;

**a)** Se houver ação trabalhista envolvendo os serviços prestados, a **CREDCIADA** adotará as providências necessárias no sentido de preservar o **CREDCIANTE** e de mantê-lo a salvo de reivindicações, demandas, queixas ou representações de qualquer natureza e, não o conseguindo, se houver condenação, reembolsará ao **CREDCIANTE** as importâncias que este tenha sido obrigado a pagar, dentro do prazo improrrogável de dez dias úteis a contar da data do efetivo pagamento.

**XLV.** Arcar com todas as obrigações estabelecidas na legislação de acidentes de trabalho quando forem vítimas os seus empregados no desempenho das suas tarefas, ainda que ocorrido nas dependências da **CREDCIANTE**;

**XLVI.** A inadimplência da **CREDCIADA**, com referência aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere a responsabilidade por seu pagamento a **CREDCIANTE**, nem poderá onerar o objeto deste Contrato ou restringir a regularização e o uso dos serviços.

**XLVII.** Assumir todos os encargos de possível demanda trabalhista, cível ou penal relacionada a este Contrato, originariamente ou vinculados por prevenção, conexão ou continência.

**XLVIII.** Responsabilizar-se por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados.

**XLIX.** Arcar com despesas decorrentes de qualquer infração desde que praticada por seus empregados nas dependências da **CREDCIANTE**;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

L. Atender, com presteza, as reclamações sobre a qualidade dos serviços prestados, providenciando sua correção sem ônus para a **CREDCIANTE**;

LI. Manter os seus empregados sujeitos às normas disciplinares da **CREDCIANTE**, porém sem qualquer vínculo empregatício com esta;

LII. Assumir responsabilidade integral por todos os danos que possa causar a **CREDCIANTE** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, na execução deste Contrato;

LIII. Responder por todos os danos e prejuízos, decorrentes das paralisações na prestação dos serviços, salvo, na ocorrência de caso fortuito ou de força maior, sem que haja culpa da **CREDCIANTE**, desde que devidamente apurados na forma da legislação vigente e sejam comunicados ao **CREDCIANTE** no prazo máximo de até 2 (dois) dias da ocorrência.

LIV. Apresentar, no prazo máximo de **48 (quarenta e oito) horas**, a contar da expedição da Ordem de Serviço, o Certificado de Especialização do profissional da área para a qual foi contratado. Tal procedimento deverá ser atendido caso venha acontecer a substituição de qualquer profissional especializado para a prestação do serviço específico.

LV. Deverá ser submetida à análise e aprovação da **CREDCIANTE**, caso seja necessária a substituição de qualquer dos profissionais Contratados para a prestação do serviço específico. Devendo o substituto adotar o procedimento descrito no **Item XX**.

LVI. Sujeitar-se a mais ampla e irrestrita fiscalização e supervisão, no que tange ao objeto do presente contrato, prestando os esclarecimentos solicitados e atendendo às determinações efetuadas.

**b) DO CREDCIANTE:**

XIII. Efetuar o pagamento ajustado;

XIV. Fiscalizar a execução deste Contrato;

XV. O Gerenciamento do Contrato e das notas de empenhos das despesas resultante do presente Credenciamento será feito pela Secretaria de Saúde.

XVI. Dar ciência à **CREDCIANTE** de quaisquer modificações que venham a ocorrer neste Contrato;

XVII. Verificar e aceitar as Notas Fiscais/ Faturas emitidas pela **CREDCIANTE**, recusando-as quando inexatas ou incorretas.

**Parágrafo Único.** É obrigação comum o cumprimento dos prazos avençados neste instrumento.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

#### CLÁUSULA QUARTA - DO RECEBIMENTO

4.1. O objeto do presente Contrato será recebido pelo **CRENCIANTE** na forma do disposto no inciso I do art. 140 da Lei Federal nº 14.133/2021, que estatui:

4.1.1. **Provisoriamente**, pelos responsáveis por seu acompanhamento e fiscalização, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes em até 15 (quinze) dias da comunicação escrita do contratado, em 2 (duas) vias de igual teor, na forma do disposto na alínea "a" do inciso I do art. 140 da Lei Federal nº 14.133/2021;

4.1.2. **Definitivamente**, pelos responsáveis por seu acompanhamento e fiscalização, após a certificação de que os serviços foram executados de acordo com o solicitado, em perfeita adequação com os termos contratuais, quando será lavrado Termo Circunstanciado, assinado pelas partes, em 2 (duas) vias de igual teor, na forma do disposto na alínea "b" do inciso I do art. 140 da Lei Federal nº 14.133/2021.

4.2. O recebimento provisório ou definitivo não exclui o **CRENCIADO** da responsabilidade civil pela solidez e segurança dos serviços prestados, nem ético-profissional pela perfeita execução do Contrato, conforme determina o artigo 140, parágrafo 2º da Lei 14.133/2021

#### CLÁUSULA QUINTA - DO PREÇO

5.1. A **PMSG/ FMS** pagará à CRENCIADA, no **prazo máximo de até 30 (trinta) dias**, de acordo com os serviços efetivamente executados, e após o recebimento, conferência e aceite dos serviços executados, por meio de Ordem Bancária, e de acordo com as condições constantes da Proposta, mediante a apresentação da Nota Fiscal / Fatura correspondente, de acordo com as demais exigências administrativas em vigor, sendo pré-requisito para a liberação dos pagamentos a entrega das planilhas de medições de acordo com as autorizações emitidas pela **Secretaria de Saúde/FMS-PMSG**. O **valor total estimado** deste Contrato é de **R\$ (\_\_\_\_\_)**.

5.1.1. Antes de efetuar o pagamento será verificada a regularidade da **CRENCIADA** junto aos órgãos fazendários, a regularidade relativa à Seguridade Social, através da Certidão Negativa de Débito, a regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), e regularidade relativa à Débitos Trabalhistas, mediante consulta "on line", cujos comprovantes serão anexado ao processo de pagamento, cujos comprovantes serão anexado ao processo de pagamento.

5.1.2. Os valores do presente Contrato poderão ser reajustados, através de acordo entre as partes, a cada 12 (doze) meses, tomando-se por base a variação do índice Geral de Preços - IGPM da Fundação Getúlio Vargas ou, na sua falta, de acordo com o índice que legalmente vier a lhe substituir.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

5.1.3. O pagamento será efetuado de acordo com a prestação de serviço, até 30 (trinta) dias após a apresentação da Nota Fiscal, devidamente atestada.

5.1.4. Se o serviço não for executado conforme as especificações, o pagamento ficará suspenso até execução correta.

5.1.5. Em caso de irregularidade na emissão dos documentos fiscais, o prazo de pagamento será contado a partir de sua representação, desde que devidamente regularizados.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas com a contratação para execução dos serviços, objeto desta licitação correrão à conta da seguinte programação de dotação orçamentária, correspondente ao período de execução da despesa no exercício de 2024:

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 02.09.02**  
**PROJETO/ ATIVIDADE: 2042/2044**  
**ELEMENTO DE DESPESA: 339036.00/339039.00**  
**FONTE: 1.500 / 1.600**

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO CONTRATUAL E DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

7.1. Este Contrato poderá ser rescindido nas seguintes hipóteses:

**X.O** não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações e prazos;

**XI.O** cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações e prazos;

**XII.A** lentidão do seu cumprimento, levando a Administração a comprovar a impossibilidade da prestação dos serviços, nos prazos estipulados;

**XIII.** O atraso injustificado no início da prestação dos serviços credenciados;

**XIV.** A paralisação dos serviços, sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

**XV.O** desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores;

**XVI.**

cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas na forma do § 1º do art. 117 desta Lei Federal Nº 14.133/2021

**XVII.A** decretação de falência ou a instauração de insolvência civil;

**XVIII.A** dissolução da sociedade;

---

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)





ESTADO DA BAHIA  
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE  
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

**XIX.** A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa, que prejudique a execução do Contrato;

**XX.** Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificados e determinados pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado o CREDENCIANTE e exaradas no processo administrativo a que se refere o Contrato.

§ 1º Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

§ 2º. Poderá a CREDENCIANTE, por meio de comunicação escrita e fundamentada da autoridade competente, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, rescindir unilateralmente ou amigavelmente, este instrumento, desde que haja conveniência administrativa e relevante interesse público, com fulcro no art. 138, §§ 1º e 2º, da Lei Federal n.º 14.133/2021

7.2. Este Contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, nos termos do artigo 124 da lei 14.133/2021.

7.3. A rescisão deste CONTRATO poderá ser:

I. Determinada por ato unilateral e escrita da Administração do CREDENCIANTE, nos casos enumerados nos incisos I a IX do artigo 137 da Lei 14.133/2021 mencionada, notificando-se o CREDENCIADO com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

II. Amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração do CREDENCIANTE;

III. Judicial, nos termos da legislação vigente sobre a matéria.

IV. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

V. - Os casos de rescisão ajuste serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

VI. – Quando a rescisão for provocada pelo CREDENCIADO, esta deverá fazer solicitação formal de rescisão contratual 30 dias antes da finalização do serviço.

7.4. No caso de rescisão deste Contrato, o CREDENCIADO receberá apenas o pagamento dos serviços já prestados e aprovados pelo CREDENCIANTE.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES GERAIS**

8. Deverá o CREDENCIADO observar, também, o seguinte:

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

8.1. Este CREDENCIAMENTO poderá ser alterado nos casos previstos no art. 124 da Lei 14.133/2021, desde que haja interesse da Administração do CREDENCIANTE, com a apresentação das devidas justificativas adequadas a este CREDENCIAMENTO.

8.2. Durante a sua vigência o CREDENCIAMENTO será acompanhado e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou por servidores e empresas devidamente autorizados para tal, representando o CREDENCIANTE. Também estará sujeito a fiscalização, auditoria e inspeção pelos demais órgãos de controle interno e externo.

8.3. A Secretaria Municipal de Saúde anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do CREDENCIAMENTO, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

8.4. As decisões e providências que ultrapassarem a competência do representante deverão ser solicitadas ao órgão competente, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

8.5. Além do acompanhamento e da fiscalização, o gestor do CONTRATO designado pela CREDENCIANTE poderá, ainda, sustar qualquer execução que esteja em desacordo com o especificado, sempre que essa medida se tornar necessária.

8.6. Não obstante a CREDENCIANTE seja a única e exclusiva responsável pela execução do CREDENCIAMENTO, a CREDENCIANTE reserva-se o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessas responsabilidades, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre a execução do objeto ajustado, diretamente ou por prepostos designados.

#### **CLÁUSULA NONA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

9.1. Sem prejuízo das sanções previstas no art. 156 da Lei Federal n.º 14.133/2021, o credenciado adjudicatário ficará sujeito às seguintes penalidades:

9.1.1. No caso de recusa injustificada do adjudicatário em executar os serviços, dentro do prazo estipulado, caracterizará inexecução total do objeto, sujeitando ao pagamento de multa compensatória, limitada a 30% (trinta por cento) do valor total do serviço;

9.1.2. Multa de mora de 0,5% (cinco décimos por cento) por dia de atraso, a contar da data fixada para o início ou conclusão dos serviços, calculada sobre o valor total do serviço;

9.1.3. A PMSG/FMS poderá reter o pagamento enquanto perdurarem quaisquer pendências junto à mesma.

---

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

9.2. As multas aplicadas serão deduzidas do valor total do Contrato ou parcela de pagamento relativa ao evento em atraso, independentemente de notificação ou aviso.

9.3. Não será aplicada multa se, comprovadamente, o atraso na execução dos serviços advir de caso fortuito ou motivo de força maior.

9.4. Para fins de aplicação das sanções previstas nesta cláusula, será garantido ao licitante o direito ao contraditório e à ampla defesa.

9.5. Independentemente das multas aqui previstas, a PMSG/FMS poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao CREDENCIADO as seguintes sanções:

9.5.1. Advertência;

9.5.2. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 3 (três) anos;

9.5.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública nos termos do Art. 156, § 5º da Lei Federal Nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DA FISCALIZAÇÃO**

10.1. No curso da execução deste instrumento, caberá ao **CREDENCIANTE**, o direito de fiscalizar a fiel observância das disposições contratuais, sem prejuízo da fiscalização exercida pelo **CREDENCIADO**.

§ 1º. A execução do presente Contrato será acompanhada e fiscalizada pelo **Gestor do Contrato, Fiscais e seus respectivos suplentes**.

§ 2º. A fiscalização exercida pelo **CREDENCIANTE** não implica em corresponsabilidade sua ou do responsável pelo acompanhamento do Contrato, não excluindo nem reduzindo a responsabilidade do **CREDENCIADO**, inclusive por danos que possam ser causados ao **CREDENCIANTE** ou a terceiros, por qualquer irregularidade decorrente de culpa ou dolo do **CREDENCIADO** na execução do Contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO**

Para todas as questões oriundas do presente Contrato, será competente o foro da Comarca de Irecê, Estado da Bahia, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por assim estarem de acordo, ajustados e contratados, após lido e achado conforme, as partes a seguir, firmam o presente Contrato em 05 (cinco) vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das 2 (duas) testemunhas abaixo-assinadas, para que produza todos os efeitos legais e resultantes de direito.

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

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)



**ESTADO DA BAHIA**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE**  
**CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65**

\_\_\_\_\_  
**CRENCIADA**

\_\_\_\_\_  
**CRENCIANTE**

**TESTEMUNHAS:**

\_\_\_\_\_  
**Nome:**  
**CPF.:**

\_\_\_\_\_  
**Nome:**  
**CPF.:**

\_\_\_\_\_  
**Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000**  
**Endereço eletrônico: [compras.saogabriel@gmail.com](mailto:compras.saogabriel@gmail.com)**