

**ESTADO DE GOIÁS**  
**MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
**CNPJ/MF: 10.701.551/0001-36**

---

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO.  
CEP: 73.950-000 – FONE: 62-3421-1369  
[adm@alvoradadonorte.go.gov.br](mailto:adm@alvoradadonorte.go.gov.br)

---

Processo Administrativo Nº **8539 / 2017**  
Chamamento Público Edital Nº **001 / 2018**  
Inexigibilidade de Licitação Nº **001 / 2018**

---

**CRENCIAMENTO TÉCNICO EM RADIOLOGIA**  
**(MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA)**

**018 / 2018**

“Termo de Credenciamento que o **Fundo Municipal de Saúde de Alvorada do Norte** faz, para a prestação de serviços de **Diagnóstico Por Imagem (Mamografia Diagnóstica)** com a empresa **MARQUES RODRIGUES PIMENTEL - ME**, na forma que especifica e dá outras providências, etc...”.

Pelo presente instrumento de Credenciamento, o **Fundo Municipal de Saúde de Alvorada do Norte GO**, pessoa jurídica de Direito Público Interno, inscrito junto ao CGC/MF, sob o nº **10.701.551/0001-36** através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, representado neste **ATO** por seu Gestor, **NILSON VITORINO DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, Secretário Municipal de Saúde, doravante simplesmente **CRENCIANTE, CREDENCIA**, nos termos e condições da legislação vigente aplicável à matéria posta, a empresa **MARQUES RODRIGUES PIMENTEL**, CNPJ/MF: **13.921.175/0001-83**, situado a Av. Bernardo Sayão, nº 504, Ipiranga, CEP 73.950-000, Alvorada do Norte – GO, neste ato representado pelo seu Proprietário **Marques Rodrigues Pimentel**, brasileiro, **Técnico em Radiologia**, portador da carteira de identidade sob o nº **4873526 DGPC/GO**, CPF/MF nº **017.754.681-60**, **CRTR/GO** nº **01228T**, neste, doravante denominado simplesmente **CRENCIADO**, para segundo os interesses superiores e predominantes do Município e com o visto de dotar a Administração Municipal de instrumentos capazes de atender satisfatoriamente as necessidades de seus munícipes, para prestar os seus serviços, no âmbito da municipalidade, na forma laborada neste ajuste que reger-se-á pelas cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O objeto do presente ajuste é a prestação de serviços de **Diagnóstico Por Imagem (Mamografia Diagnóstica)**, em atendimento aos

**ESTADO DE GOIÁS**  
**MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
**CNPJ/MF: 10.701.551/0001-36**

---

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO.  
CEP: 73.950-000 – FONE: 62-3421-1369  
[adm@alvoradonorte.go.gov.br](mailto:adm@alvoradonorte.go.gov.br)

---

Processo Administrativo Nº **8539 / 2017**  
Chamamento Público Edital Nº **001 / 2018**  
Inexigibilidade de Licitação Nº **001 / 2018**

---

pacientes da Unidade Mista Hospitalar de Alvorada do Norte, pelo **CRENCIADO**, na área de sua especialidade, estabelecendo que o parâmetro de suas atividades fica em atendimento de **Diagnóstico Por Imagem**, definidos em tabela anexa de procedimentos, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, de conformidade com as diretrizes e indicações dadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO, FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTE**

Pelos serviços realizados pelo **CRENCIADO(A)**, após avaliada as atividade estabelecidas e estipuladas pelo Conselho Municipal de Saúde, e autorizada a emissão de Fatura Mensal, pagará a importância bruta mensal de **R\$ 1.701,90** (Um Mil, Setecentos e Um Reais e Noventa Centavos), pagável mensalmente até o 10º dia do mês subsequente ao vencido.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO PERÍODO DE VIGÊNCIA**

O período de vigência do presente ajuste de Credenciamento se dará por **06 meses**, a contar de **02 de janeiro de 2018**, data de sua assinatura até **30 de junho de 2018**, podendo, entretanto ser renovado por mútuo consentimento e interesse das partes ou até rescindido, dependendo do aspecto conjuntural e o motivo que o justifique com a manifesta e expressa anuência das partes, segundo a predominância do interesse público.

**Parágrafo Único: Este contrato poderá ser prorrogado, mediante termo aditivo, conforme prevê o Art.57, inciso II, da Lei 8.666/93.**

#### **CLÁUSULA QUARTA- DAS PENALIDADES**

Na hipótese de ocorrência de descumprimento, de qualquer regra estabelecida nas cláusulas do presente ajuste, pelo **CRENCIADO**, por não atendimento dos serviços determinados pela **CRENCIANTE**, via guias próprias, ou outro instrumento de determinação de atendimento, importará em descredenciamento automático do profissional, unilateralmente, sem prejuízos das

**ESTADO DE GOIÁS**  
**MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
**CNPJ/MF: 10.701.551/0001-36**

---

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO.  
CEP: 73.950-000 – FONE: 62-3421-1369  
[adm@alvoradadonorte.go.gov.br](mailto:adm@alvoradadonorte.go.gov.br)

---

Processo Administrativo Nº **8539 / 2017**  
Chamamento Público Edital Nº **001 / 2018**  
Inexigibilidade de Licitação Nº **001 / 2018**

---

sanções penais, conforme dispuser a legislação vigente aplicável à matéria posta, ficando responsável pela reparação civil de danos causados ao paciente, decorrente de ação ou omissão voluntária, negligência ou imperícia. Na hipótese de apenamento do **CRENCIADO**, com multa, o valor da mesma será descontado automaticamente dos pagamentos que lhe forem devidos pela **CRENCIANTE**, assegurando-lhe o pleno direito de defesa em processo regular próprio.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes do presente pacto laboral, ora ajustado, acorrerão por conta da dotação orçamentária própria do vigente orçamento, segundo o Plano de Classificação Funcional Programática nº **10.302.0210.2.037 MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - Elemento nº 3.3.90.39 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica, ou 3.1.90.34 - Outras Despes. de Pessoal Contrat. Terc.**, devendo o referido empenho se dar por estimativa dentro do exercício financeiro, de forma global no montante estimado dos valores vincendos, nos termos e condições estabelecidos na Lei Federal nº 4.320/64, de 17/03/64, e modificações posteriores, em combinação com o que dispõe o artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93, estabelecendo como valor global para o presente exercício a quantia estimada de R\$ **10.211,40** (Dez mil, duzentos e onze reais e quarenta centavos).

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA HABILITAÇÃO PROFISSIONAL E DO REGISTRO**

Compete ao profissional credenciado e sob a sua responsabilidade e fé, admitida a veracidade ideológica documental, a exibição da documentação formal probatório de sua habilitação e registro para exercício profissional, bem como o Curriculum Vitae, no que dispuser a lei vigente aplicável à matéria, conferindo a **CRENCIANTE**, nos termos da Lei Federal nº 8.666/93, de 21/06/93 e modificações posteriores, o encaminhamento ao Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios para o registro e demais fins de mister.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRESTADOR DE SERVIÇOS AUTÔNOMOS OU EQUIPARADOS**

**ESTADO DE GOIÁS**  
**MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
**CNPJ/MF: 10.701.551/0001-36**

---

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO.  
CEP: 73.950-000 – FONE: 62-3421-1369  
[adm@alvoradadonorte.go.gov.br](mailto:adm@alvoradadonorte.go.gov.br)

---

Processo Administrativo Nº **8539 / 2017**  
*Chamamento Público Edital Nº* **001 / 2018**  
*Inexigibilidade de Licitação Nº* **001 / 2018**

---

Por este instrumento, fica estabelecido que compete ao **CRENCIANTE**, a obrigação de inscrever junto ao INSS, e recolher os tributos inerentes mantendo em dia a sua adimplência como profissional autônomo, conforme o que dispõe a Lei de Responsabilidade Fiscal.

### **CLÁUSULA OITAVA – DA NATUREZA**

O presente contrato tem a natureza de prestação de serviços, com remuneração a título de honorários, não constituindo vínculo empregatício nem qualquer outra relação trabalhista, que não a de realização de serviços técnicos profissionais, regulados por legislação própria, fora das cláusulas da C.L.T., como também, e de consequência, desobrigando a **CRENCIANTE** de qualquer ônus decorrentes do sistema previdenciário ou trabalhista.

### **CLÁUSULA NONA – DO FORO**

Para dirimir qualquer dúvida e declarar direitos, que se fizerem necessário no decorrer da execução do presente ajuste, fica eleito o Foro da Comarca de Alvorada do Norte, renunciando qualquer outro por mais especial e privilegiado que seja.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

E, por estarem assim justos e acordados, declaram ambas as partes aceitarem as disposições estabelecidas nas cláusulas do presente contrato, assim como, observar outras imposições legais e regulamentares sobre o assunto, firmam o presente instrumento contratual em 03 (três) vias de igual teor e conteúdo para um só efeito.

Gabinete do Gestor do Fundo Municipal de Saúde, ao **2º** dia do mês de **janeiro** do ano de **2018**.

**ESTADO DE GOIÁS**  
**MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
**CNPJ/MF: 10.701.551/0001-36**

---

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO.  
CEP: 73.950-000 – FONE: 62-3421-1369  
[adm@alvoradadonorte.go.gov.br](mailto:adm@alvoradadonorte.go.gov.br)

---

Processo Administrativo Nº **8539 / 2017**  
*Chamamento Público Edital Nº **001 / 2018***  
*Inexigibilidade de Licitação Nº **001 / 2018***

---

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALVORADA DO NORTE**  
**NILSON VITORINO DE SOUZA**  
**Gestor**  
**CRENCIANTE**

**MARQUES RODRIGUES PIMENTEL - ME**  
CNPJ/MF Nº 13.921.175/0001-83  
**MARQUES RODRIGUES PIMENTEL**  
CRTR/GO Nº 01228T  
**CRENCIADO**

TESTEMUNHAS:

1.NOME: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

C.P.F.Nº \_\_\_\_\_

2.NOME: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

C.P.F. Nº \_\_\_\_\_