

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

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

CRENCIAMENTO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO

022 / 2018

“Termo de Credenciamento que o **Fundo Municipal de Saúde de Alvorada do Norte** faz, para a prestação de serviços com a profissional habilitada a **Auxiliar de Consultório Dentário, MIRANI BATISTA DE SOUZA**, 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, Sr, **NILSON VITORINO DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, Secretário Municipal de Saúde, doravante simplesmente **CRENCIANTE, CRENCIA**, nos termos e condições da legislação vigente aplicável à matéria posta, a profissional **Auxiliar de Consultório Dentário, MIRANI BATISTA DE SOUZA**, brasileira, residente e domiciliado na cidade de **ALVORADA DO NORTE – GO**, portadora da carteira de identidade nº **M-8.317.788 SSP/GO**, inscrito no C.P.F. nº **618.476.231-15**, doravante denominado simplesmente **CRENCIADO(A)**, 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 Auxiliar de Consultório Dentário**, em Alvorada do Norte, no PSF – Programa de Saúde da Família, pelo(a) **CRENCIADO(A), MIRANI BATISTA DE SOUZA**, na

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

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

área de sua especialidade, estabelecendo que o parâmetro de suas atividades fica em **serviços de Auxiliar de Consultório Dentário**, definido 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 **CREDENCIADO(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\$ 954,00** (Novecentos e cinquenta e quatro reais), 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 **12 meses, a contar de 02 de janeiro de 2018, data de sua assinatura até 31 de Dezembro 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 **CREDENCIADO(A)**, por não atendimento dos serviços determinados pela **CREDENCIANTE**, via guias próprias, ou outro instrumento de determinação de atendimento, importará em descredenciamento automático do profissional, unilateralmente, sem prejuízos das sanções penais, conforme dispuser a legislação vigente aplicável à matéria posta,

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

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

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(A)**, 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 3.3.90.36: Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física**, 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 de **R\$ 11.448,00** (Onze mil, quatrocentos e quarenta e oito reais), fonte nº _____.

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@alvoradonorte.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**
(segundo) 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

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

MIRANI BATISTA DE SOUZA
CPF Nº 618.476.231-15
CRENCIADO(A)

TESTEMUNHAS:

1.NOME: _____

Assinatura: _____

C.P.F.Nº _____

2.NOME: _____

Assinatura: _____

C.P.F. Nº _____