

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 9544/2019
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2019
INEXIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 004/2019

Credenciamento de Pessoa Física/Jurídica da Área de Saúde

O Gestor do **Fundo Municipal de Saúde de Alvorada do Norte**, Estado de Goiás, faz saber aos interessados, que estará recebendo, no horário das 08h30min as 11h00min e das 13h30min às 17h00min dos **dias 29 de julho de 2019 a 13 de agosto de 2019**, na sala da Secretaria Municipal de Saúde desta Municipalidade, sito a Rua Francisco Mota Lima, S/N, Praça Eurias Vieira, Bairro: centro, CEP 73950-000, Alvorada do Norte/GO, fone/contato: (62) 3421-1377, inscrições para Contratação de instituições (cooperativa/ associação/empresa) e profissionais, da área medica, conforme tabela do objeto, mediante credenciamento sem vinculo empregatício de qualquer natureza, para atuação na área de saúde pública nos meses de **agosto à dezembro** do ano de **2019**, visando à prestação de serviços, no Sistema Único de Saúde Municipal nos diversos Programas e Ações de Saúde desenvolvidas pelo Município, tudo conforme a Lei Nº 8.666/1993, Instrução Normativa IN nº 007/2016 de 07/12/2016, alterada pela Instrução Normativa IN nº 001/2017 de 25/01/2017 do TCM-GO, e demais normas e diretrizes e indicações da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, nos termos do presente edital.

DO LOCAL, DATA E HORA

Os cadastramentos serão efetuados com a apresentação da documentação necessária descrita neste edital, protocolada na sede da Secretaria Municipal de Saúde desta Municipalidade, sito a Rua Francisco Mota Lima, S/N, Praça Eurias Vieira, Bairro: centro, CEP 73950-000, Nesta cidade, fone/contato: (62) 3421-1377, a partir da publicação deste Edital até **13 de agosto de 2019**, de segunda à sexta-feira, das 08h30min as 11h00min e das 13h30min às 17h00min.

O prazo de cadastramento poderá ser estendido, caso *a demanda de credenciamento for insuficiente ou pela necessidade.*

DO OBJETO

Contratação de instituições (cooperativa/ associação/empresa) e/ou profissionais, da área medica, mediante credenciamento sem vinculo empregatício de qualquer natureza, para atuação na área de saúde publica nos meses de agosto à dezembro do ano de 2019, visando à prestação de serviços, no Hospital Municipal, Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em outras frentes, respectivamente, dentro das áreas solicitadas e das especialidades e dos serviços constantes da Tabela

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, a saber:

QTDE	ESPECIFICAÇÃO / PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	VALOR BRUTO MENSAL E/OU PLANTÃO
02	AUXILIAR DE HIGIENE BUCAL	40 horas/semanais	R\$ 1.092,18
01	BIOMÉDICO	40 horas/semanais	R\$ 3.000,00
01	MÉDICO CLÍNICO GERAL PLANTONISTA	12 horas/Plantão	R\$ 950,00
08	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	40 horas/semanais	R\$ 1.000,00 + 20% insalubridade
01	TÉCNICO EM LABORATÓRIO	40 horas/semanais	R\$ 1.846,92

DO CREDENCIAMENTO

Poderão requerer credenciamento, as instituições e os profissionais que comprovarem, eficazmente, o atendimento as condições e requisitos estabelecidos no presente edital.

Os interessados ao credenciamento serão cadastrados mediante ordem de chegada (protocolo) e serão pela mesma ordem, classificados, obedecendo ao limite existente de vagas, mas poderão ser chamados posteriormente pela ordem de chegada.

Os demais profissionais credenciados poderão ser chamados, posteriormente, pela ordem de classificação, no caso de eventual substituição, desde que atendam as exigências do Edital.

Caberá ao Poder Público credenciante o encaminhamento dos classificados, conforme a necessidade e conveniência, obedecendo as normas e leis pertinentes.

A inscrição no credenciamento, não garante a contratação do interessado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os Credenciados classificados e convocados celebrarão Termo de Contrato com o Município, no qual estão estipulados os direitos e obrigações decorrentes do credenciamento, que se encontram regidos pelas normas e condições gerais do edital.

O proponente ao credenciamento devesse, ao apresentar o seu requerimento,

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

aceitar-se ao preço básico dos serviços aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

DOS RECURSOS ORCAMENTARIOS

As despesas resultantes dos credenciamentos a que se refere o presente Edital serão cobertas pelo Orçamento vigente no exercício de **2018**, correrão a conta da seguinte dotação orçamentária: **10.302.0210.2.037 – MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, Elemento de Despesas **3.3.90.36: Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física**; **3.3.90.39: Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica**; **3.1.90.34: Outras Despesas de Pessoal – Cont. Terceirizado**.

DA DOCUMENTACAO E DA PROPOSTA

Os interessados no credenciamento deverão entregar a Comissão de Avaliação de Inscrição de Credenciamento, designada pelo Secretário Municipal de Saúde, no local, dia e hora acima mencionados, mediante recibo, a sua documentação e requerimento de credenciamento.

DA DOCUMENTACAO

A DOCUMENTACAO deveser conter obrigatoriamente, sob pena de indeferimento automático do requerimento do proponente, uma via ou fotocópia de cada um dos documentos a seguir relacionados:

PESSOA JURIDICA:

- a) RG e CPF dos representantes legais da empresa; (*cópia autenticada ou acompanhada do original*).
- b) Ato Constitutivo, estatuto ou **contrato social, com as alterações em vigor**, devidamente registrados na junta comercial, em se tratando de sociedade comercial, exigindo-se, no caso de sociedade por ações, a ata da assembleia da última eleição da Diretoria, arquivada; ou REQUERIMENTO DE FIRMA INDIVIDUAL (empresa individual ME ou MEI); (*cópia autenticada ou acompanhada do original*).
- c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ do Ministério da Fazenda;
- d) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) apresentando a **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E A DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO** e ao **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)**, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoraade@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, através de Certidão expedida pela Secretaria da Fazenda ou equivalente da unidade da federação onde a licitante tem sua sede;
- f) Certidão Negativa de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos do Título VII- A da [Consolidação das Leis do Trabalho](#), aprovada pelo Decreto-Lei no [5.452](#), de 1º de maio de 1943." (NR);
- g) Prova de regularidade com o município contratante (Certidão Negativa de Débitos do Município de Alvorada do Norte/GO);

Para assinatura do contrato devesa apresentar:

- h) Documentos Pessoais dos Profissionais que prestarão os serviços (RG, CPF, curriculum vitae atualizado e assinado, Cópia do diploma e Comprovante de Inscrição no Órgão Representativo de Classe na função almejada).

PESSOA FISICA:

- a) Curriculum vitae atualizado e assinado;
- b) Cópia da documentação pessoal (RG e CPF); *(cópia autenticada ou acompanhada do original).*
- c) Cópia autenticada do diploma; *(ou acompanhada do original).*
- d) Certidão (carteira) do Conselho a que está vinculado; *(cópia autenticada ou acompanhada do original).*
- e) Comprovante de Residência.

DO REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

O requerimento de credenciamento devesa ser apresentado em 02 (duas) vias, datilografadas ou digitadas, com a última folha devidamente assinada e as demais rubricadas, contendo os seguintes itens:

- a) Declaração de que se encontra de pleno acordo em credenciar-se para a prestação dos serviços profissionais, pelos preços apresentados nas tabelas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde;
- b) Declaração de validade do requerimento/proposta pelo prazo mínimo de cento e oitenta dias e;

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

- c) Declaração de que esta em pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do presente Edital e com a minuta de contrato anexa.

NÃO PODERÃO PARTICIPAR DO CREDENCIAMENTO:

- a) Profissionais que tenham sido declarados inidôneos para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- b) Profissionais cuja carga horária seja incompatível com o serviço a ser executado.

DO CONTRATO

A Administração convocará as instituições cadastradas e classificadas no presente Edital, para assinarem os Termos de Contratos, conforme a necessidade e conveniência.

O contrato poderá ser rescindido:

I – por ato unilateral da Administração, nos casos enumerados nas alíneas a, b, c e d, formalmente motivados em autos de processo, em que se assegurara ao credenciado, o contraditório e a ampla defesa:

- a) Não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas contratuais;
- b) Desatendimento as determinações regulares do Secretário Municipal de Saúde, destinadas à regulamentação e desenvolvimento dos serviços profissionais credenciados;
- c) Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela Prefeita Municipal, exaradas em processo administrativo;
- d) a ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução do contrato:

II – em qualquer época, por acordo entre as partes, reduzido a termo no processo de credenciamento, desde que haja conveniência para a Administração; e,

III – judicial nos termos da legislação civil pátria.

DO PROCEDIMENTO

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

A documentação e o requerimento de credenciamento deverão ser encaminhados, mediante recibo, a Comissão de Avaliação de Inscrição de Credenciamento, designada pelo Secretário Municipal de Saúde encarregada ao Credenciamento, no local, dia e hora acima mencionados.

Recebidos os documentos, da Comissão de Avaliação de Inscrição de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde, para efetivação do(s) respectivo(s) Termo(s) de Contrato(s), a Comissão Permanente de Licitação verificará todas documentação exigida no presente Edital.

A seguir, a Comissão decidirá verbalmente, sobre a habilitação dos proponentes, considerando automaticamente inabilitado, aquele que deixar de apresentar qualquer dos documentos exigidos. A simples irregularidade formal, que não afete o conteúdo ou a idoneidade do documento, não será causa de inabilitação.

A inabilitação de que trata esse item, específica para o presente Credenciamento, em nada afetando em relação a futuros credenciamentos, não implicando, ainda, em juízo valorativo sobre sua idoneidade e capacidade profissional.

No caso de pessoa jurídica, o proponente considerado inabilitado (será notificado) e na forma acima prevista poderá apresentar, por escrito, impugnação a Comissão, no **prazo de 02 (dois) dias**, sendo que a referida Comissão deverá decidir sobre a impugnação, em prazo igual.

Ato contínuo a Comissão verificara a conformidade de cada proposta, em relação aos requisitos do Edital. Faculta-se a Comissão ou autoridade superior, em qualquer fase do procedimento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do Processo.

DA APRECIACAO DOS REQUERIMENTOS DE CREDENCIAMENTO

Após a apreciação dos requerimentos de credenciamento, a Comissão de Licitação apresentará relatório (parecer) objetivo e conclusivo ao Secretário de Saúde ou Autoridade Competente, indicando, em ata circunstanciada, a relação dos proponentes que tiverem deferido os seus pedidos, para o credenciamento profissional.

O relatório a que se refere o item anterior deve ser apresentado, no prazo Máximo de cinco dias, a contar da última data de recebimento dos requerimentos.

DO TERMO DE CONTRATO

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoraade@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

Encerrada a fase de recebimento de requerimento da documentação e dos requerimentos de credenciamentos, o processo será encaminhado ao Secretário de Saúde ou Autoridade Competente que, concordando com o relatório, determinará a lavratura dos Termos de contrato.

As obrigações das partes serão traduzidas no contrato padrão.

Por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, poderá a Prefeita Municipal revogar o presente procedimento de credenciamento. Poderá ainda, a referida autoridade anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

A anulação do presente credenciamento, por motivo de ilegalidade não gera obrigação de indenizar. A referida nulidade induz a do Termo de Credenciamento.

No caso de desfazimento do presente credenciamento, fica assegurado aos interessados, o princípio do contraditório e a ampla defesa.

Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Permanente de Licitação a mesma encarregada dos credenciamentos, com base nas normas jurídicas e administrativas e nos princípios gerais do direito.

Maiores informações poderão ser obtidas na Secretaria Municipal de Saúde, desta Municipalidade, sito a Rua Francisco Mota Lima, S/N, Praça Eurias Vieira, Bairro: centro, CEP 73950-000, Alvorada do Norte/GO, fone/contato: (62) 3421-1377, 08h00min as 11h00min e das 13h00min às 17h00min.

Alvorada do Norte - GO – GO, **26 de julho de 2019.**

NILSON VITORINO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO
- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

IOLANDA HOLICENI MOREIRA DOS SANTOS
Prefeita Municipal

Este Edital se encontra examinado e aprovado por esta Assessoria Jurídica.

Em ____/____/____

ASSESSOR JURÍDICO – OAB-____: Nº _____

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO
- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

ANEXO I

REQUERIMENTO

CRENCIADO (A):	
CPF / CNPJ:	
ÁREA DE FORMAÇÃO:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
E-MAIL:	

Ref. **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2019 PARA CREDENCIAMENTO NA ÁREA DE SAÚDE**

Apresento requerimento junto a Secretaria Municipal de Saúde e/ou Prefeitura Municipal de Alvorada do Norte, com base nas informações contidas no edital de chamamento público (credenciamento) para prestação de serviços na função de _____, conforme documentação anexa.

Ao mesmo tempo venho declarar que estou de pleno acordo em credenciar para a prestação de serviço profissional, pelos preços apresentados nas tabelas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Declaro também que a validade deste requerimento/proposta tem o prazo mínimo de cento e oitenta dias.

Declaro ainda que esteja de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do presente edital.

N. termos,

Pede e espera deferimento.

_____, de _____ de 20____.

(Assinatura, nome completo e cargo do signatário, representante legal do licitante)

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

ANEXO - II
MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO POR CREDENCIAMENTO

CONTRATO Nº _____/2019
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2019
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 004/2019

CREDENCIAMENTO Nº _____/2019

Instrumento contratual de contratação de serviços por credenciamento que entre si celebram o Fundo Municipal de Saúde de Alvorada do Norte e _____.

Contrato de Credenciamento de Serviços de trabalhadores ligados ao Hospital Municipal de **Alvorada do Norte**, demais serviços de Atenção Básica e Média complexidade, Ambulatorial e Hospitalar, que entre si fazem, de um lado, O **MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE**, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público interno, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE (FMS)**, inscrito no CNPJ (MF) sob o nº. _____, com sede administrativa na _____, neste Município, neste ato representado pela seu Gestor Sr. _____, brasileiro, casado, servidor público, portadora do CPF (MF) nº _____ e CI-RG nº _____, doravante denominado simplesmente de **CREDENCIANTE** e de outro lado o _____, pessoa jurídica de direito _____, inscrita no CNPJ nº _____, com sede administrativa sito à _____, neste ato representado _____, brasileiro, _____, portador da RG nº _____, CIC/CPF: _____, doravante denominado de **CREDENCIADO**, têm justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam mediante as cláusulas seguintes:

I - FUNDAMENTO:

O presente credenciamento é firmado com base no **Caput do art. 25 da Lei Federal n. 8.666/93**, consolidada pela Lei n. 8.883/94, e ainda no termos das Resoluções do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás e demais normas legais aplicáveis ao Edital de **Chamamento Público Nº 003/2019**.

II – DO OBJETO:

É objeto do presente contrato, a prestação de serviços de _____ em regime de credenciamento, a fim de atender à população de **Alvorada do Norte**, onde o CREDENCIADO desenvolverá por este instrumento seus serviços constante no referido edital de credenciamento, nas unidades de saúde indicada pelo CREDENCIANTE, consistindo especialmente nos procedimentos

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO
- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

permitidos em lei e pelo conselho de classe respectivo, desde que propícias as condições materiais de trabalho.

III – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

3.1) DA CREDENCIANTE:

3.1.1) Fiscalizar a execução dos serviços prestados, averiguando a qualidade;

3.1.2) Efetuar o pagamento conforme item V;

3.1.3) Descontar dos pagamentos que efetuar, os tributos a que esteja obrigado pela legislação vigente, fazendo o recolhimento das parcelas retidas nos prazos legais;

3.1.4) Poderá o CREDENCIANTE sustar o pagamento, nos seguintes casos:

CREDENCIANTE;

- a) descumprimento das obrigações do CREDENCIADO para com a
- b) faltas sem justificativas;

3.2 – DO CREDENCIADO:

3.2.1) Prestar serviços conforme cargo escrito, na lotação determinada pela CREDENCIANTE;

3.2.1) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas;

3.2.3) Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo CREDENCIANTE;

3.2.4) Substituir o profissional que não atender as expectativas da Administração, sem qualquer ônus.

IV - DO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pela Secretaria Municipal de Saúde, que fixará critérios visando à satisfação plena e correta das necessidades do CREDENCIANTE.

V – DA FORMA DE PAGAMENTO:

O pagamento será efetuado, mensalmente, de acordo com a Tabela aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde.

O CREDENCIANTE deduzirá, por ocasião de cada pagamento, os impostos ou taxas que for de sua competência reter, nos termos da respectiva legislação.

VI – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:

O presente contrato de credenciamento vigorará no período de ___ de _____ a **31** de dezembro de **2019**, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até no máximo 60 (sessenta) meses, Conforme determina a lei 8.666/93, art. 57, inciso II, mediante termo aditivo.

VII – DA NOTA DE EMPENHO E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

Para efeito de emissão da competente Nota de Empenho, estima-se em R\$ ____ (_____) o valor global a ser despendido pelo CREDENCIANTE, durante a vigência deste instrumento, cujo pagamento será feito em ___ (___) parcelas mensais estimadas de R\$ ____ (_____).

As despesas de que trata o presente instrumento ocorrerá à conta da Dotação Orçamentária: **10.302.0210.2.037 – MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, Elemento de Despesas **3.3.90.36: Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física; 3.3.90.39: Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica; 3.1.90.34: Outras Despesas de Pessoal – Cont. Terceirizado.**

Parágrafo Único: o valor supracitado, por ser meramente estimativo e poderá ser aditivado ou suprimido, conforme definido pela Administração.

VIII – DA EXECUÇÃO DO CONTRATO:

O presente instrumento contratual deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas, nas normas do direito público e, no que couber, as normas da Lei nº 8.666/93, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

IX - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Configuram motivos para rescisão do contrato as razões descritas no

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

art. 78, inciso I a XVIII.

A rescisão do contrato poderá ser:

- a) determinado por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei nº 8.666/93, (observado o disposto no art. 80 da citada lei);
- b) amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração;
- c) judicial, nos termos da legislação;

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

X – DAS ALTERAÇÕES/PRORROGAÇÕES

DA ALTERAÇÃO – Qualquer modificação de forma, qualidade e quantidade (supressão ou acréscimo), poderá ser determinada pela Administração Pública ou por acordo das partes nos casos previstos no artigo 65, I e II, da Lei nº 8.666./93, observado o limite estabelecido no parágrafo primeiro do referido dispositivo legal.

DA PRORROGAÇÃO – A vigência do contrato poderá ser prorrogada por acordo entre as partes, devendo, contudo, ser justificada e previamente autorizada pelo ordenador das despesas, contudo sendo limitada a 60 (sessenta) meses.

Toda alteração ou prorrogação deverá ser procedida por termo aditivo atendido ao disposto nos arts. 57 e 65 da Lei nº. 8.666, de 21 de 1993.

XI – DAS MULTAS/PENALIDADES:

DA MULTA – Sem prejuízo das sanções administrativas previstas na Seção II, do Capítulo IV da Lei nº 8.666/93 o Credenciado poderá incorrer na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor estimado do presente instrumento, à parte que descumprir qualquer cláusula ou condição nele ajustada.

DA PENALIDADE - Pela inexecução total ou parcial do contrato, além da aplicação da multa prevista deste Edital, poderá a CREDENCIANTE, garantida prévia defesa no prazo de 5 (cinco) dias úteis, em processo administrativo, aplicar as seguintes sanções à CREDENCIADA:

- I - Advertência;
- II - Suspensão do direito de credenciar com a CREDENCIANTE em função da natureza e da gravidade da falta cometida, sendo:
 - a) Por 6 (seis) meses - quando a credenciante recusar, injustificadamente, assinar o contrato ou recusar a cumprir com a proposta apresentada.

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO

- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

b) - Por 1 (um) ano - quando a credenciada prestar serviço de qualidade inferior ou diferente das especificações contidas no contrato.

c) Por até 2 (dois) anos, nos casos em que a inadimplência acarretar prejuízos à CREDENCIANTE.

Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a CONTRATANTE, considerando para tanto, reincidência de faltas, a sua natureza e a sua gravidade, bem como, por desacato a servidor da CONTRATANTE.

O ato de declaração de inidoneidade será proferido pela Prefeita Municipal e publicado no **Diário Oficial Eletrônico do Município**, e perdurará enquanto durarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, que será concedida sempre que o (a) Credenciado (a) ressarcir à Credenciante os prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

XII – DAS CONDIÇÕES GERAIS:

O Credenciamento a que se refere o presente instrumento é de caráter autônomo, não podendo o (a) CREDENCIADO (A) pleitear quaisquer direitos outros que não os aqui avençados.

O partícipe que pretender rescindir o presente contrato deverá manifestar sua intenção, por escrito, com antecedência de, pelo menos, 30 (trinta) dias, a menos que seja obrigado por determinação judicial ou termo de ajuste de conduta com o Ministério Público Estadual.

XIII – DOS CASOS OMISSOS:

A presente avençada é regida pela **Instrução Normativa IN nº 007/2016** de 07 de dezembro de 2016 do TCM/GO, alterada pela **Instrução Normativa IN nº 001/2017** de 25 de janeiro de 2017 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás e a Lei nº 8.666, de 21/06/93, inclusive e especialmente os casos omissos neste instrumento.

XIV – DO FORO:

É competente o Foro da Comarca do contratante, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato.

ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE ALVORADA DO NORTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA FRANCISCO MOTA LIMA, S/N, PRAÇA EURIAS VIEIRA, BAIRRO: CENTRO – ALVORADA DO NORTE – GO
- CEP: 73.950-000 - FONE: 62-3421-1377 – smsalvoradae@hotmail.com

Processo Adm.: Nº 9544/2019 - Edital Chamamento Público Nº 003/2019 – Inexigibilidade Nº 004/2019

E, por estarem assim justos e contratados, digitou-se o presente contrato em **03 (três vias)** de igual teor e forma, sendo que uma delas constituirá o arquivo cronológico da Prefeitura, que após lido e achado conforme pelas partes, na presença das testemunhas abaixo declaradas, foi em tudo aceite, sendo assinado pelas partes.

Alvorada do Norte - GO, ___ de _____ de 2019.

Gestor do Fundo Municipal de saúde
Credenciante

Credenciado

Testemunhas:

1 _____
CPF nº.

2 _____
CPF nº.

Esta Minuta de Contrato se encontra examinado e aprovado por esta Assessoria Jurídica.

Em ___ / ___ / _____

ASSESSOR JURÍDICO – OAB-_____ : Nº _____