



EDITAL CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019

OBJETO: Credenciamento de profissionais em caráter complementar da administração municipal, para atendimento na rede Municipal, nas especialidades de: Médico Plantonista Clínico Geral, Médico Plantonista Cirurgião, Médico Clínico Geral, Médico Especialista Psiquiatra, Ortopedista, Enfermeiro, Cirurgião Dentista, Nutricionista, Psicólogo Especialista Saúde Mental, Fisioterapeuta, Terapeuta Operacional Especialista em saúde mental e Psicopedagogo Especialista em Saúde Mental.

DATA DA REALIZAÇÃO: 26 de março de 2019.

HORÁRIO: 08:00hs (oito horas).

TERMO DE ABERTURA

Este volume do edital possui 21 (Vinte uma) páginas, incluindo esta, numericamente ordenadas e assinadas por minha pessoa.

Secretaria Municipal de Saúde de Governador Nunes Freire - MA, Estado do Maranhão, em 13 de Março de 2019.

Cristina Oeiras Modesto
Secretária Municipal de Saúde e Saneamento



TERMO DE RECEBIMENTO DA CÓPIA INTEGRAL DO EDITAL

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2019.

Data da realização/horário: 27 de março de 2019 às 08:00h (oito horas).

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Nome completo: _____

Cédula de Identidade nº: _____ Órgão emissor: _____

CPF nº _____ (DDD) Telefone: (____) _____

E-mail: _____

Cargo/função que exerce na empresa: () Sócio/Empresário; () Outros: _____

Data do recebimento do edital: ____ / ____ / ____.

Assinatura/rubrica do responsável: _____

COMO OBTEVE CONHECIMENTO DO CHAMAMENTO? (Marcar X)

- () Fui convidado;
() Publicação no quadro de avisos da prefeitura municipal;
() Publicação na Imprensa Oficial (Diário Oficial do Município-DOM);
() Publicação na Imprensa Oficial (Diário Oficial do Estado do Maranhão-DOE);
() Publicação na Imprensa Oficial (Diário Oficial da União-DOU);
() Publicação em jornal (O Estado do Maranhão);
() Publicação no site oficial desta Prefeitura Municipal
(www.governadornunesfreire.ma.gov.br);
() Publicação no site oficial do Tribunal de Contas/MA (www.tce.ma.gov.br);
() Outros meios: _____

Obs: O interessado que retirar o edital pela internet, deverá encaminhar este formulário devidamente preenchido e assinado na Secretaria Municipal de Saúde de Governador Nunes Freire - MA.



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2019.

O Município de Governador Nunes Freire - MA, através da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, torna público que estará credenciando pessoas físicas em caráter complementar do município, para prestarem serviços junto à Administração Pública Municipal.

DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

PERÍODO: 13 de março 2019 a 26 de março de 2019.

LOCAL: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE GOVERNADOR NUNES FREIRE – MA, localizado na Rua da Paz s/n, Centro de Governador Nunes Freire – MA, somente nos dias úteis, das 08:00h (oito horas) às 12:00h (doze horas).

ATA DE SEÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS E CREDENCIAMENTOS DOS INTERESSADOS

DATA: 27 de março de 2019.

HORÁRIO: 08:00h (oito horas).

LOCAL: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE GOVERNADOR NUNES FREIRE – MA, localizado na Rua da Paz s/n, Centro de Governador Nunes Freire – MA.

DO OBJETO

O Município de Governador Nunes Freire - MA, através da Secretaria Municipal de Saúde, torna público que realizará o Credenciamento de profissionais em caráter complementar do município, das seguintes áreas, para atendimento na rede Municipal, nas especialidades de: Médico Plantonista Clínico Geral, Médico Plantonista Cirurgião, Médico Clínico Geral, Médico Especialista Psiquiatra, Ortopedista, Enfermeiro, Cirurgião Dentista, Nutricionista, Psicólogo Especialista Saúde Mental, Fisioterapeuta, Terapeuta Operacional Especialista em saúde mental e Psicopedagogo Especialista em Saúde Mental.

CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

Os credenciamentos serão formalizados mediante “Termo de Contrato de Credenciamento”, no qual constará:

- a) Qualificação das partes;
- b) Objeto do credenciamento;
- c) Vigência do contrato de credenciamento que será de 09 meses podendo ser prorrogado nos termos do Art. 57, II, da Lei 8.666/93, mediante Termo Aditivo de Contrato;
- d) O valor estimado a ser pago ao profissional, bem como o valor a ser pago, com base na tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.



- e) O valor máximo mensal;
- f) A Dotação Orçamentária que garantirá o cumprimento da despesa;
- g) As penalidades pelo não cumprimento do ajuste, inclusive o descredenciamento;
- h) A indicação do Foro competente;
- i) Local, data e assinatura das partes;

HABILITAÇÃO DOS INTERESSADOS

Serão habilitados todos os interessados que estejam registrados nas entidades incumbidas da fiscalização do respectivo exercício profissional, bem como possuam competência reconhecida pela Comissão Especial de Credenciamento. Cópia deste instrumento convocatório será fixada em local apropriado, e estenderá a todos os profissionais das respectivas áreas que manifestem interesse até a véspera da abertura das propostas.

A participação do proponente importa na irrestrita aceitação das condições estabelecidas neste Edital.

DAS GENERALIDADES:

Os interessados deverão apresentar sua documentação, impreterivelmente, até a data de 26 de março de 2019, no Centro de Atenção Psicossocial de Governador Nunes Freire – MA, localizado na Rua da Paz s/n, Centro de Governador Nunes Freire – MA, em envelope opaco a4 lacrado, devidamente preenchido com os dados abaixo especificados. A não observância dos critérios desobriga a Comissão de acatar o pedido de cadastro no credenciamento. Não será admitida a entrega de documentação depois da data estipulada neste edital.

O presente Credenciamento poderá ser anulado, revogado, ou ainda sofrer supressões de itens, tudo de conformidade com os dispositivos legais vigentes. Observar-se-á o preço aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. O prazo de vigência do credenciamento, inicialmente, será estabelecido no contrato de Credenciamento, com vigência de 09 (nove) meses, podendo ser prorrogado nos moldes previstos no Art. 57, Inc. II, da Lei 8.666/93. O credenciamento será realizado para atender as necessidades da Administração Pública Municipal.

DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços serão prestados diariamente no Município de Governador Nunes Freire -MA, nas unidades designadas de acordo com a carga horária necessária e contratada para cada profissional, ou de acordo com disposto no contrato e necessidade do Município.

DO RECEBIMENTO DO ENVELOPE

A documentação deverá ser entregue em envelope fechado e com a seguinte descrição:



AO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR NUNES
FREIRE - MA
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2019
ENVELOPE Nº 01- DA DOCUMENTAÇÃO
NOME DO PROFISSIONAL
CATEGORIA PROFISSIONAL OU ATIVIDADE
TELEFONE PARA CONTATO

DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

I - Documentação física:

1 - Documentos Pessoais

1.1) - **CI** – Carteira de Identidade / Registro Geral junto a órgão oficial de identificação;

1.2) - Documento de **Identidade Profissional** onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação;

2 - Comprovante de Anuidade Profissional junto ao respectivo Conselho de Classe

2.1) - Comprovante de **endereço** atualizado;

2.2) - **Diploma ou Certificado** de curso, devidamente reconhecido pelo MEC.

2.3) - **Certificado de Registro** de subespecialidade no respectivo conselho (CRM/COREN, etc...), devidamente atualizada;

1 – Ficha de Inscrição, conforme modelo. (**Anexo I**).

2 – Tabela de Composição de Honorários (**Anexo II**).

3 – Formulário de Recurso (**Anexo III**).

4 – Modelo de Declaração de Fato Impeditivo (**Anexo IV**).

5 - Declaração de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo C.M.S.C. e tabela de honorários consultas/procedimentos (SIA/SUS e SIH/SUS). Conforme modelo (**Anexo V**).

6 - **Declaração** de aceitação das condições do Credenciamento, conforme modelo. (**Anexo VI**).

7 - **Declaração** de pleno atendimento aos requisitos de habilitação de acordo com o modelo estabelecido no (**Anexo VII**).

8 - **Curriculum Vitae**, conforme modelo. (**Anexo VIII**).



9 – Minuta do Contrato (ANEXO IX).

10 – Projeto Básico (ANEXO X).

11 - Cópia da Ficha Cadastral Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES

12 - Atestado Médico de Sanidade Mental

13 - Titularidade devidamente comprovada

14 - Declaração autenticada de experiência profissional de no mínimo três anos na Estratégia Saúde da Família/ Estratégia Saúde Bucal/Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Rede Hospitalar/ Centro de Atenção Psicossocial

15 -Declaração de disponibilidade para exercício de carga horária prevista no Edital de acordo com a categoria profissional

DO CRITÉRIO DE DESEMPATE

1 - Em caso de igualdade da pontuação final, serão aplicados, sucessivamente e para todos os cargos, os seguintes critérios de desempate.

1.1 - Candidato que for mais idoso;

DO CANCELAMENTO DO CREDENCIAMENTO

O cancelamento da contratação poderá ser efetuado mediante requerimento de qualquer dos interessados, formalizado com antecedência mínima de 05 (cinco) dias, sem prejuízo dos atendimentos já designados para o credenciamento na data do pedido.

DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

O valor a ser pago ao credenciado será de acordo com os parâmetros constantes no Anexo II deste Edital, comprovados mediante apresentação de nota fiscal avulsa, devidamente atestada por uma pessoa designada pela Administração Pública Municipal.

A apresentação da fatura, que será devidamente atestada pela autoridade competente da respectiva Secretaria, e se dará até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao vencido, e a respectiva quitação ocorrerá dentro dos 10 (dez) dias seguintes respeitados o Orçamento vigente.

DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

O profissional que, sem justa causa, depois de credenciado, não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficará sujeito às penalidades previstas no Contrato Administrativo.

DOS RECURSOS



Os interessados poderão apresentar recurso contra a decisão da Comissão de Credenciamento, dirigido ao Ilustríssimo Senhor Presidente, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato ou lavratura da Ata, devendo ser protocolado em 02 (duas) vias de igual teor e forma, sendo que uma servirá para a devida apreciação do recurso pela Comissão Especial de Credenciamento e a outra será devolvida ao interessado, devidamente protocolada, para fins de acompanhamento.

PUBLICAÇÃO

Este Edital será publicado no Mural da Prefeitura Municipal, nas Secretarias Municipais, no site eletrônico do Município e demais meios de comunicação.

PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

Qualquer pedido de esclarecimento em relação a eventuais dúvidas na interpretação do presente edital e seus anexos deverá ser enviado, por escrito, podendo ser protocolado o original, mediante recebimento da 2ª (segunda) via, à Secretaria Municipal de Saúde, até 02 (dois) dias úteis anterior à data fixada no preâmbulo.

Em hipótese alguma serão aceitos pedidos de esclarecimentos verbais quanto ao edital

Os esclarecimentos aos consulentes serão comunicados a todas as demais empresas que tenham adquirido o presente edital.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O presente Edital poderá ser anulado a qualquer tempo, sem que caiba aos interessados, direito a qualquer indenização ou reclamação.

Os credenciamentos que serão feitos não criarão nenhum vínculo empregatício para com o Município, bem como não obrigarão a qualquer das partes a prestação de serviços, com exceção daqueles previamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, obedecendo à demanda existente.

A administração pública municipal de Governador Nunes Freire -MA, cumprirá integralmente as normas e condições deste edital, ao qual se acha estritamente vinculada.

A participação nesta chamada pública implicará na aceitação integral e irrevogável de suas normas e observância dos preceitos legais e regulamentares, independentemente de qualquer manifestação, escrita ou verbal, ressalvados o direito de impugnação e de recurso.

Não havendo expediente na data fixada para a abertura da sessão da licitação, ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo local e horário anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicação da Administração Pública Municipal.

Caso seja necessária a interrupção da sessão, os autos do processo ficarão sob a guarda da Secretária Municipal de Saúde, que designará nova data para a continuação dos trabalhos.



Este edital e seus anexos estão à disposição dos interessados das seguintes formas:

Através de documento impresso e assinado pela Secretaria Municipal de Saúde, situada à Rua Mendes Fonseca n 222 centro-Governador Nunes Freire -MA, de 2ª a 6ª feira, dias úteis, no horário das 08:00h (oito horas) às 12:00h (doze horas) e das 14:00h (catorze horas) às 18:00h (dezoito horas), de segunda-feira a sexta-feira, em dias úteis, onde poderão ser consultados ou obtidos gratuitamente; e

Através de documento digitalizado, disponível no site oficial deste poder executivo (www.governadornunesfreire.ma.gov.br).

Esclarecimentos adicionais sobre esta chamada pública, no endereço acima supramencionado.

ANEXOS DESTE EDITAL

Constituem anexos do edital e dele fazem parte integrante, independentemente de transcrição, os seguintes anexos:

ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO;

ANEXO II – TABELA DE COMPOSIÇÃO DE HONORÁRIOS;

ANEXO III – FORMULÁRIO DE RECURSO;

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATO IMPEDITIVO;

ANEXO V - DECLARAÇÃO DE TER CONHECIMENTO DA TABELA DE SERVIÇOS DA ÁREA DE SAÚDE APROVADA PELO C.M.S.C. E TABELA DE HONORÁRIOS CONSULTAS/PROCEDIMENTOS (SIA/SUS E SIH/SUS);

ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO CREDENCIAMENTO;

ANEXO VII - DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

ANEXO VIII - CURRICULUM VITAE;

ANEXO IX – MINUTA DE CONTRATO;

ANEXO X – PROJETO BÁSICO

GOVERNADOR NUNES FREIRE – MA, 13 DE MARÇO DE 2019.



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019
ANEXO I - FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME DO CANDIDATO

--

CPF	RG	DATA DE NASC.
-----	----	---------------

Sexo	Estado Civil	Naturalidade	UF
() Masc. () Fem.			

Endereço Residencial

--

CIDADE	UF	CEP

Telefone Celular

1. ()	2. ()
--------	--------

Função pleiteada

Nº	Descrição:
----	------------

Declaro verdadeiras as informações acima e concordo com as disposições constantes no Edital nº 001/2019.

Local	data	assinatura
-------	------	------------

(corte)

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

NOME DO CANDIDATO

--

Função pleiteada	RG
Nº	Descrição:

Declaro verdadeiras as informações acima e concordo com as disposições constantes no Edital Nº 001/2019.

Local	data	assinatura
-------	------	------------

Responsável pela inscrição



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019
ANEXO II

O valor a ser pago ao credenciado será de acordo com a Tabela em anexo, comprovado mediante apresentação de fiscal, sendo o total a ser pago, ao CREDENCIADO, LIMITADO AO VALOR DISCRIMINADO ABAIXO:

VAGAS	UNIDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	VALOR (BRUTO)	CARGA HORÁRIA
06	Hospital Probem	Médico clínico	R\$ 2.000,00	Plantão de 24 horas de Segunda a Domingo, com escala pré-definida
06	Hospital Probem	Médico Cirurgião	R\$ 2.000,00	Plantão de 24 horas de Segunda a Domingo, com escala pré-definida
01	Hospital Probem	Médico ortopedista	R\$ 5.000,00	20 horas/Semana
02	Centro de Saúde-NASF	Fisioterapeuta	R\$ 2.000,00	20 horas/Semana
10	Programa de Saúde da Família	Médico clínico geral	R\$ 5.000,00	40 horas/Semana
11	Programa Saúde Bucal	Odontólogo	R\$ 2.000,00	40 horas/Semana
01	Centro de Atenção Psicossocial	Psiquiatra	R\$ 5.000,00	20 horas/Semana
01	Centro de Atenção Psicossocial	Psicólogo Especialista em Saúde Mental	R\$ 2.000,00	20 horas/Semana
01	Centro de Atenção Psicossocial	Terapeuta Ocupacional Especialista em Saúde Mental	R\$ 2.000,00	20 horas/Semana
01	Centro de Atenção Psicossocial	Psicopedagogo Especialista em Saúde Mental	R\$ 2.000,00	20 horas/Semana
03	Hospital Probem	Enfermeiro	R\$ 2.000,00	20 horas/Semana
01	Centro de Saúde-NASF	Nutricionista	R\$: 2.000,00	20 horas/Semana

(*) Os prestadores de serviços poderão ser pagos proporcionalmente a carga horária definida da Tabela acima descrita.



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019
ANEXO III - FORMULÁRIO DE RECURSO

I- IDENTIFICAÇÃO

Interessado: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ .

Endereço Residencial: _____

Telefone: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____.

II- CREDENCIAMENTO

Edital Nº _____ Função: _____

Grupo: _____

III- ASSUNTO

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Nome: _____

Edital nº: _____

Função _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019
ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATO IMPEDITIVO

“DECLARAÇÃO”

Ao
MUNICÍPIO DE GOVERNADOR NUNES FREIRE - MA
Att. - Comissão de Credenciamento
CHAMADA PÚBLICA N.º 001/2019

(Nome Completo) estabelecida na (endereço completo), inscrita no CPF sob n.º....., vem: DECLARAR, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo à sua participação no credenciamento citado, que não foi declarada inidônea e não está impedida de contratar com o Poder Público de qualquer esfera, ou suspensão de contratar com a Administração, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade assina a presente.

....., de de 2019.

assinatura



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019

ANEXO V – DECLARAÇÃO DE TER CONHECIMENTO DA TABELA DE SERVIÇOS

À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

Ref.: Edital de Credenciamento n.º 001/2019

(nome do interessado / CPF), de acordo com o
Edital de Credenciamento n.º 001/2019, DECLARA que: (Pessoa física)

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

Governador Nunes Freire - MA, ____ de _____ de 2019.

assinatura



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019
ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO
CRENCIAMENTO

À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

Ref.: Edital de Credenciamento n.º 001/2019.

_____ (Pessoa Física), estabelecida na _____ (endereço completo), inscrita no CPF sob n.º _____, neste ato representada pelo seu representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: (Pessoa física) DECLARAR, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que concordo e me submeto a todos os termos, normas, especificações pertinentes ao presente Edital de Credenciamento e seus Anexos, bem como, às leis, decretos, portarias e resoluções cujas normas incidam sobre o credenciamento.

Governador Nunes Freire - MA, _____, de _____ de 2019.

Nome do Responsável

RG _____



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019
ANEXO VII - MODELO DE DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO

AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

À PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR NUNES FREIRE – MA.

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

Edital de Credenciamento n.º 001/2019.

Processo n.º

_____ (Pessoa Física), estabelecida na _____ (endereço completo), inscrita no CPF sob n.º _____, neste ato representada pelo _____), no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, para fins de participação no processo licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que cumpre plenamente aos requisitos de habilitação.

Por ser verdade assina o presente.

....., de de 2019.

Nome do Responsável

RG _____



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019
ANEXO VIII – CURRICULUM VITAE

FICHA DE INSCRIÇÃO CURRICULAR

PESSOA FÍSICA

DADOS PARTICIPANTE

Nome : XXXXXX		
Data de Nascimento: XXXXXX		Naturalidade: XXXXXX
CPF: XXXXXX	RG: XXXXXX	
Estado Civil: XXXXXX		
Endereço: XXXXXX		Nº: XXXXXX
Complemento: XXXXXX		Bairro: XXXXX
Município: XXXXXX		CEP: XX.XXX-XXX
E-mail: XXXXXX		
Telefone: () XXXXXX	Telefone: () XXXXXX	Telefone: () XXXXXX
Instituição de ensino: XXXXXX		
Curso: XXXXXX		Período de realização: XXXXXX
Especialização: Opcional		Período de realização: XXXXXX
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL 1		
Local: XXXXXX		
Período: XXXXXX		
Atividades: XXXXXX		
Referências: XXXXXX		



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019
ANEXO IX
MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº _____ / _____

“CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM Á PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR NUNES FREIRE - MA E _____, NA FORMA QUE SEGUE”.

Termo de Contrato de Prestação de Serviços que entre si Á PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR NUNES FREIRE - MA, inscrito no CNPJ –MF sob n.06.021.810.0001/00, representado por seu gestor _____, _____, _____, _____, portador do CI/RG: _____ e CPF n.º _____, residente e domiciliado na _____, doravante denominados CONTRATANTE, e de outro lado (PESSOA FÍSICA) _____, _____, _____, _____, portador do CI/RG: _____ e CPF ou CNPJ n.º _____, residente e domiciliado/sediada na _____, doravante denominado CONTRATADO, com fundamento nos artigos 6º, 7º, 23, inc. II, 30, inc. VII, 37, inc. XXI, e 196 da Constituição Federal; a Lei n.º 8.666/93 e suas alterações; o Edital de Credenciamento n.º 001/2019 e as cláusulas seguintes:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

1.1. O presente contrato tem por objetivo a execução de serviços profissionais prestados pelo CONTRATADO, nas áreas designada por esta Administração Pública Municipal.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO:

2.1. Em contraprestação aos serviços descritos pela Cláusula Primeira o CONTRATANTE se compromete a efetuar o pagamento do valor total estimado de R\$ _____ (_____), ao CONTRATADO, comprovados mediante apresentação de nota fiscal avulsa, devidamente atestada por uma pessoa designada pela Administração Publica Municipal.

2.2. O CONTRATADO se compromete a observar os comunicados, portarias, circulares e avisos expedidos pela CONTRATANTE relacionados com os serviços contratados, objeto do presente contrato, zelando para o seu fiel cumprimento.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA:

3.1. O prazo de vigência do presente Contrato terá início no dia _____ e término em _____, podendo ser prorrogado nos moldes previstos no Art. 57, Inc. II, da Lei 8.666/93.

3.2. À parte que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar o seu desinteresse por escrito a outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

4. CLÁSULA QUARTA – DOS TRIBUTOS:

4.1. O CONTRATADO se sujeita aos descontos das importâncias referentes aos tributos previstos em Lei.

5. CLÁUSULA QUINTA – DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO:

5.1. A presente prestação de serviços ora contratados não implica em exclusividade entre contratante e contratado, inexistindo subordinação pessoal já que o contratado tem plena liberdade para o exercício de sua atividade profissional, evidentemente que a importância prevista na cláusula segunda a ser paga está condicionada à execução dos serviços.

6. CLÁSULA SEXTA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL:

6.1. Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo assinado pelas partes.



7. CLÁUSULA SÉTIMO – DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA CONTRATADA:

7.1. A execução do presente Contrato será avaliada pela Secretária Municipal de Saúde, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Contrato.

8. CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

8.1. As despesas do presente Contrato ocorrerão à conta da seguinte dotação orçamentária n.:

9. CLÁUSULA NONA – DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATO:

9.1. O CONTRATADO será o responsável pela reparação civil de dano causado ao paciente atendido, decorrente de ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência.

9.2. O CONTRATADO se obriga a cumprir fielmente com as normas profissionais da categoria, agindo estritamente de acordo com as obrigações estabelecidas no estatuto da medicina, por sua legislação de regência, tratando com urbanidade, humanismo e lealdade seus pacientes.

9.3. A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Contrato pela Secretária Municipal de Saúde, não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA MULTA:

10.1. Fica estipulada a multa correspondente a 02% (dois por cento) sobre o valor do presente contrato, na qual incorrerá a parte que infringir qualquer das cláusulas deste Contrato, respondendo ainda por perdas e danos, lucros cessantes, se houver rescisão judicial, custas e honorários advocatícios.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO:

11.1. A rescisão do contrato poderá, nos termos dos artigos 77, 78 e 79, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, ocorrer:

- a) por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos incisos I a XII e 21/26 XVII, do artigo 78 do mesmo diploma legal;
- b) amigavelmente, por acordo entre as partes lavrando-se o respectivo termo;
- c) judicialmente, nos termos da legislação.

11.2. A critério do CONTRATANTE, caberá rescisão deste Contrato independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, quando o CONTRATADO não cumprir quaisquer de suas obrigações contratuais ou transferir o contrato a terceiros, no todo ou em parte.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA HABILITAÇÃO PROFISSIONAL E DO REGISTRO:

12.1. Compete ao profissional contratado 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, no que dispuser a lei vigente aplicável à matéria, conferindo ao CONTRATANTE, nos termos da Lei Federal n. 8.666/93, de 21/06/93.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA GESTÃO DO CONTRATO

13.1. A gestão do contrato ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, por seu titular ou por servidor designado em ato específico, devendo fiscalizar o fiel cumprimento das obrigações contratuais.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO:

14.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Governador Nunes Freire, Estado do Maranhão, para eventual discussão em torno do que ficou pactuado neste Contrato. Estando as partes justas e mutuamente contratadas, assinam o presente Contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e conteúdo, para os mesmos fins, juntamente com 02 (duas) testemunhas idôneas e abaixo identificadas.

GOVERNADOR NUNES FREIRE - MA _____ de _____ de 2019.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR NUNES FREIRE-MA
CNPJ – 02.130.473/0001-39
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

Cristina Oeiras Modesto
Secretária Municipal de Saúde e Saneamento

.....
Contratado



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2019 ANEXO X – TERMO DE REFERÊNCIA

01. Objeto: O Município de Governador Nunes Freire - MA, através da Secretaria Municipal de Saúde, torna público que realizará o Credenciamento de profissionais em caráter complementar do município das seguintes áreas, para atendimento na rede Municipal, nas especialidades de: Médico Plantonista Clínico Geral, Médico Plantonista Cirurgião, Médico Clínico Geral, Médico Especialista Psiquiatra, Ortopedista, Enfermeiro, Cirurgião Dentista, Nutricionista, Psicólogo Especialista Saúde Mental, Fisioterapeuta, Terapeuta Operacional Especialista em saúde mental e Psicopedagogo Especialista em Saúde Mental.

02. Motivação:

A rede municipal não apresenta condições para realização dos serviços pelo quadro próprio, e na falta do credenciamento os pacientes precisam ser encaminhados a outros municípios. Muitos casos são impossíveis de traslado exigindo o atendimento na cidade de Governador Nunes Freire – MA. Outros não justificariam a retirada do município em face do procedimento ser simples.

03. Especificações Técnicas:

A prestação de serviços, com respectivos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ofertados pela contratada, observa à sistemática de referência e contra referência do sistema regulador.

04. Prazo, Local e Condições de Entrega ou Execução:

O prazo para execução dos serviços será da assinatura do termo contratual até a data de 31 de dezembro de 2019, podendo ser prorrogado no máximo até sessenta meses, conforme os termos do artigo 57, II da Lei Federal 8.666/93.

O local da prestação do serviço será nas dependências da Contratada com os materiais, corpo clínico e recursos técnicos disponíveis e necessários a regular e perfeita prestação dos serviços.

Os serviços serão considerados entregues e realizados mediante a documentação de cobrança que compreenderá a Nota Fiscal, devidamente atestada pelo por uma pessoa designada pela Administração Pública Municipal.

05. Condições de Garantia:

A Contratada fica obrigada nos termos da legislação em vigor a garantir a realização dos serviços na forma pactuada, conforme as especificações determinadas em sua profissão.

06. Responsável pelo Recebimento, Telefone e e-mail:

Os contratados deverão informar seu endereço pessoal, eletrônico, onde estes se obrigam a receber a correspondência por e-mail, acusar o recebimento, colocando nome e data.

07. Condições e Prazos de Pagamento:

O pagamento será mensal, mediante a entrega de documentos de cobrança que compreenderá a Nota Fiscal Avulsa, devidamente atestada por uma pessoa designada pela Administração Pública Municipal.



Estando a documentação de acordo e atestada pelo Gestor o pagamento será feito até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente.

08. Obrigações da Contratante:

Fazer os pagamentos nos prazos pactuados.
Outras obrigações necessárias e exigíveis a cada caso.

09. Obrigações dos Contratados:

Realizar o atendimento na forma pactuada. Prestar os serviços contratados com zelo e dedicação, e no exercício de suas atribuições com ética e assiduidade, atendendo as especificações das funções desempenhadas.

10. Dos Recursos Orçamentários e Financeiros:

10.1 – Para cobertura das despesas para o ano de 2019 serão utilizados os seguintes recursos orçamentários:

ÓRGÃO: 02 – Poder Executivo

UNIDADE: 0207 – Fundo Municipal de Saúde – FMS

ATIVIDADE: 10 122 0033 2.017 – Manutenção das Atividades do FMS

NATUREZA DA DESPESA: 3.3.90.36.00 – Outros Serviços de Terceiras Pessoa Física.

11. Critério de Avaliação das Propostas:

As propostas serão avaliadas e julgadas pela documentação e possibilidade na prestação do serviço.

12. Valores Referenciais de Mercado:

Como referência de mercado será adotada a Tabela de Preços aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

13. Resultados Esperados:

Espera-se minimizar os problemas com atendimento a população nunesfreirense na administração municipal.

14. Sanções:

No descumprimento do pacto contratual serão aplicadas à credenciada contratada as sanções previstas na Lei nº. 8.666/93, sem prejuízo de outras legais e aplicáveis ao caso.

15. Condições Gerais:

Os interessados poderão solicitar informações diretamente na Secretaria Municipal de Saúde.

(.....)