

EDITAL DE CREDENCIAMENTO n.º 01/2023

CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA E/OU JURÍDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE INHUMAS-GO.

O MUNICÍPIO DE INHUMAS, através do Fundo Municipal de Saúde de Inhumas, Estado de Goiás, torna público para conhecimento dos interessados que estão abertas as inscrições para o procedimento de cadastro para futura contratação por meio do **CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA**. Profissionais de Saúde, que atuarão junto a esta Secretaria de Saúde e Programas de Saúde para prestação de serviços, conforme descrito nos anexos I, II e III deste edital e segundo os termos e condições nele constantes, o qual obedece aos critérios estabelecidos na Lei Federal nº 14.133 de 1º de abril de 2021, e na Resolução Normativa nº 0001/17, do Tribunal de Contas dos Municípios, Lei n.º 8.080/1990 – NOB – SUS – 01/96 e NOAS – 2002, e demais normas pertinentes.

O aviso deste edital será publicado no placar da Prefeitura Municipal de Inhumas e a íntegra estará disponível gratuitamente no site: <https://inhumas.go.gov.br/>.

1. DAS INSCRIÇÕES

1.1. Os períodos das inscrições serão pelo prazo de duração do edital, ou seja, 11 (onze) meses iniciando o prazo a partir do 10º (decimo) dia da publicação do Edital, podendo ser prorrogado por igual período. A documentação prevista no “item 7” juntamente com anexos, deverá ser encaminhado à Comissão de Credenciamento instituída pela Portaria n.º 038/2023 o credenciamento será em única etapa, mediante protocolo.

1.2. O procedimento de inscrição ao credenciamento previsto neste Edital dar-se-á de processo administrativo, onde serão preenchidos e anexados os documentos, com os anexos previstos no item 6.

1.3. Após a análise inicial, feita pela comissão de Credenciamento, que será realizada conforme item 9, o credenciamento estará permanentemente aberto aos interessados, dentro do prazo de validade do Edital.

2. DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

- 2.1.** Poderão participar deste procedimento a pessoa jurídica ou física nas seguintes funções para prestação de serviços que se enquadrarem e aceitarem as exigências estabelecidas pelas normas e condições fixadas neste edital e seus anexos.
- 2.2.** As pessoas jurídicas e físicas que entregarem toda a documentação exigida no presente Edital serão cadastradas, independentemente do número de vagas ofertadas, cabendo ao Poder Público credenciante a solicitação dos serviços para os beneficiários, conforme a necessidade e conveniência.
- 2.3.** A inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pela Secretaria Municipal de Saúde.
- 2.4.** Em nenhuma hipótese, haverá a devolução das cópias dos documentos apresentados.
- 2.5.** Encontram-se impedidos de participar: os interessados que estejam incursos nas sanções previstas nos Incisos III e IV, do artigo 156, da Lei nº 14.133/21.

3. DO OBJETO

- 3.1.** Constitui objeto do presente edital o CREDENCIAMENTO para pessoas físicas e jurídicas prestadoras de serviços em saúde que atendam às necessidades dos usuários do SUS, da Secretaria Municipal de Saúde de Inhumas, durante o ano de 2023, conforme especificações constantes neste Edital e seus Anexos.
- 3.2.** É facultada a toda pessoa física ou jurídica que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significará sua admissão a um cadastro da área de saúde que ficará à disposição dos beneficiários.
- 3.3.** Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de fiscalização de Classe do Estado de Goiás, no ato da inscrição.
- 3.4.** Os valores a serem pagos estão constantes no Anexo I, II e III, podendo sofrer alterações durante a execução do contrato, mediante aprovação do Conselho Municipal de Saúde e emissão de Termo de Apostilamento.

3.5. As pessoas Jurídicas ou Físicas CREDENCIADAS declaram aceitar os termos das leis citadas no preâmbulo do Edital, inclusive no que tange a sujeição às necessidades e demandas do Fundo Municipal de Saúde e ainda às normas e critérios estabelecidos por este Edital.

4. DO PREÇO DOS SERVIÇOS

4.1. Pelos serviços prestados, pagarão os valores constantes no Anexo I, II e III do presente edital, que estabelece tabela de valores para contratados de credenciamentos celebrados como profissional de saúde vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Inhumas.

5. PREVINE BRASIL:

5.1. O Programa Previne Brasil, habilitado pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 – MS/GM, foi criado como o novo modelo de financiamento referenciado e tem como objetivo de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, a estruturação tem um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

5.2. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

5.3. A avaliação do desempenho das equipes Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no conjunto dos indicadores é consolidada em um Indicador Sintético Final (ISF), que determinará o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município. O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados. Esse indicador será aferido a cada 04 (quatro) meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes. Esse ciclo se regerá quadrimestralmente.

5.4. A Resolução Nº 003/2022 – CMS – Conselho Municipal de Saúde do Município de Inhumas, aprova a forma de repasse financeiro, em 3 (três) níveis de porcentagem, **contemplando as seguintes categorias e estimativas numéricas de cada classe profissional:**

NÍVEL SUPERIOR 34%	NÍVEL TÉCNICO 25%	NÍVEL MÉDIO 6%
Médico (a) n.º 22	Tec. De Enfermagem n.º 20	Profissional de Saúde Nível Médio n.º 19
Enfermeiro (a) n.º 19	Aux. Saúde Bucal n.º 14	
Cirurgião Dentista n.º 14		

O número de profissionais elencados, é com base na PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, do qual habilita o número estimado de profissionais para o atendimento junto a Atenção Primária, levando em consideração o número de Equipes/Prestadores de serviços.

6. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:

6.1. Os interessados em participar do presente credenciamento deverão providenciar toda a documentação exigida neste Edital, mediante abertura de processo administrativo, a ser protocolado no Protocolo da Prefeitura Municipal de Inhumas, em horário de funcionamento.

- Todos os documentos devem ser entregues em envelope devidamente lacrado, com nome completo e cargo pretendido.
- Todos os anexos devem estar preenchidos, sob pena de anulação do credenciamento e, conseqüentemente, a contratação do próximo credenciado da mesma especialidade/serviços.
- deverá estar junto aos documentos de habilitação a ser protocolados no departamento acima os Anexos IV, IX e X para pessoa física, V, VII, VIII, IX e X para pessoa jurídica e VI, VII, VIII para pessoa habilitação de Estabelecimento de Saúde, devidamente preenchida sob pena de desclassificação automática.

- d) No ato da assinatura do contrato, as pessoas físicas e jurídicas habilitadas ficam responsáveis por apresentar toda documentação original, incluindo o preenchimento dos anexos sob pena de anulação do credenciamento e, conseqüentemente, a contratação do próximo credenciado da mesma especialidade/serviços.

7 - DOS DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO

7.1. Os interessados em participar do processo de credenciamento para os serviços na área de saúde (FÍSICO e JURÍDICO) devem, obrigatoriamente, apresentar em cópias dos documentos pessoais autenticadas (por qualquer método de autenticação).

7.2. Deverá o interessado para a **habilitação pessoa física**, apresentar toda documentação abaixo, sob pena de desclassificação automática.

- ✓ Requerimento para Credenciamento, conforme o Anexo IV deste Edital;
- ✓ Currículo;
- ✓ Cópia da Carteira de Identificação Profissional (contendo número do RG e CPF), ou Cópia da Carteira de identidade (com número do CPF) ou anexar cópia do CPF(AUTENTICADO);
- ✓ Cópia do Título de Eleitor;
- ✓ Cópia do Certificado de Reservista ou prova de alistamento no serviço militar (para candidatos do sexo masculino entre 18 e 45 anos);
- ✓ Certidão Negativa Criminal perante o Tribunal de Justiça de Goiás;
- ✓ Certidão Negativa Criminal perante ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região/Seção Judiciária de Goiás;
- ✓ Comprovante de inscrição no PIS/PASEP (AUTENTICADO);
- ✓ Comprovante de endereço atualizado. Isto é, que tenha até 90 dias de emissão (AUTENTICADO);
- ✓ Diploma de graduação em curso superior devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura (MEC); ou Certificado, Registro ou declaração para os Cargos Técnicos; Em casos de profissional de nível médio, certificado, declaração de conclusão de ensino médio;
- ✓ Título de Especialização expedido pelo conselho regional ou federal de acordo com a área de atuação, se assim o cargo exigir;



- ✓ Certidão Negativa de Processo Ético e Certidão de Regularidade Financeira junto ao conselho regional correspondente à área de atuação, se assim o cargo exigir;
- ✓ Prova de regularidade com a Fazenda Federal, estadual, municipal do domicílio do interessado vigente a época da protocolização da documentação, assim como a do Município de Inhumas, mediante apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos Negativos de Débitos;
- ✓ Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa;
- ✓ Declaração de acumulação ou não de cargo, emprego ou função pública, conforme anexo IX (De acordo com os incisos **XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal do Brasil**);
- ✓ Declaração se é proprietário, administrador ou dirigente de entidade ou serviços contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde, conforme anexo X;

7.3. Habilitação de Pessoa Jurídica:

7.4. Deverá o interessado apresentar toda documentação abaixo, sob pena de desclassificação automática.

- ✓ Requerimento para Credenciamento, conforme o Anexo V deste Edital;
- ✓ Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades simples, acompanhado de prova da diretoria em exercício;
- ✓ Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), com situação ativa; Contrato Social ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Termo Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; os documentos pertinentes a este inciso deverão estar acompanhados das alterações contratuais devidamente registradas, ou, estas alterações devidamente consolidadas e registradas;
- ✓ Cédula de Identidade e CPF dos sócios (ADMINISTRADOR) da empresa e Registro Comercial, no caso de empresa individual (AUTENTICADO);
- ✓ Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio, assim como a do Município de Inhumas, mediante apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos Negativos de Débitos;
- ✓ Certidão de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de serviço (FGTS);



- ✓ Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos Negativos de Débitos;
- ✓ Se empresa, declaração de que não possui em seu quadro permanente menor de 18 anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menor 16 anos de idade, em trabalho de qualquer natureza, exceto na condição de menor aprendiz, a partir de 14 anos de idade (Anexo VIII);
- ✓ Declaração que não exerça cargo, emprego ou função pública (anexo VII);
- **DOCUMENTAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S):**
 - ✓ Cópia da Carteira de Identificação Profissional (contendo número do RG e CPF), ou Cópia da Carteira de identidade (com número do CPF) ou anexar cópia do CPF (AUTENTICADO);
 - ✓ Certidão de quitação com as obrigações eleitorais;
 - ✓ Cópia do Certificado de Reservista ou prova do alistamento no serviço militar (para candidatos do sexo masculino com idade entre 18 e 45 anos);
 - ✓ Certidão Negativa Criminal perante o Tribunal de Justiça de Goiás;
 - ✓ Certidão Negativa Criminal perante ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região/Seção Judiciária de Goiás;
 - ✓ Diploma de graduação em curso superior devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura (MEC); ou Certificado, Registro ou declaração para os Cargos Técnicos; Título de Especialização expedido pelo conselho regional ou federal de acordo com a área de atuação (AUTENTICADO);
 - ✓ Certidão Negativa de Processo Ético e Certidão de Regularidade Financeira junto ao conselho regional correspondente à área de atuação, se assim o cargo exigir;
 - ✓ Declaração de acumulação ou não de cargo, emprego ou função pública, de acordo com os incisos XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal do Brasil (anexo IX);
 - ✓ Declaração se é proprietário, administrador ou dirigente de entidade, ou serviços contratados, ou conveniados com o Sistema Único de Saúde, conforme anexo (anexo X);

7.5. Habilitação de Estabelecimento de Saúde - Pessoa Jurídica – Prestadora de Serviços:



- ✓ Solicitação para credenciamento (anexo VI do Edital);
- ✓ Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades simples, acompanhado de prova da diretoria em exercício;
- ✓ Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), com situação ativa; Contrato Social ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Termo Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; os documentos pertinentes a este inciso deverão estar acompanhados das alterações contratuais devidamente registradas, ou, estas alterações devidamente consolidadas e registradas;
- ✓ Cédula de Identidade e CPF dos sócios (ADMINISTRADORES) da empresa e Registro Comercial, no caso de empresa individual;
- ✓ Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio, assim como a do Município de Inhumas, mediante apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos Negativos de Débitos;
- ✓ Certidão de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de serviço (FGTS);
- ✓ Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos Negativos de Débitos;
- ✓ Cópia do alvará de funcionamento da empresa vigente à época da protocolização (AUTENTICADO);
- ✓ Cópia do alvará de vigilância sanitária vigente à época da protocolização (AUTENTICADO);
- ✓ Declarações de inexistência de fato impeditivos (anexo VII);
- ✓ Se empresa, declaração de que não possui em seu quadro permanente menor de 18 anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menor 16 anos de idade, em trabalho de qualquer natureza, exceto na condição de menor aprendiz, a partir de 14 anos de idade (Anexo VIII);

• **DOCUMENTAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S)**

- ✓ Cópia da Carteira de Identificação Profissional (contendo número do RG e CPF), ou Cópia da Carteira de identidade (com número do CPF) ou anexar cópia do CPF (AUTENTICADO);

- ✓ Certidão do Conselho da Classe atestando que o profissional é o RT da empresa;
- ✓ Certidão Negativa de Processo Ético e Certidão de Regularidade Financeira junto ao conselho regional correspondente à área de atuação, se assim o cargo exigir;

8 - DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

8.1. As documentações de que trata o “item 6” deverão estar dentro do prazo de validade na data da análise, e em nenhum caso será concedido prazo para apresentação de documentos que não tiverem sido entregues na forma estabelecida, bem como não será permitida documentação incompleta, protocolo ou quaisquer outras formas de comprovação que não sejam as exigidas neste Edital.

8.2. Não serão aceitas certidões que contenham ressalvas de que “não são válidas para fins licitatórios”.

9. DO CRITÉRIO DE HABILITAÇÃO.

9.1. O credenciamento será em única etapa realizado mediante abertura de processo administrativo, a ser protocolado no Protocolo da Prefeitura Municipal de Inhumas, a Comissão de Credenciamento irá proceder à análise documental, habilitação, avaliação curricular e chamamento de acordo com a necessidade da Administração.

10. DO JULGAMENTO E PRAZO RECURSAL

10.1. O julgamento do pedido de credenciamento será realizado em até 10 (DEZ) dias úteis, exceto feriado e ponto facultativo, contados da data do protocolo, por comissão formada por servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Inhumas, especialmente designada para esse fim, e obedecerá ao seguinte:

- I. O indeferimento do pedido, devidamente fundamentado, importa em perda do direito ao credenciamento;
- II. Os interessados terão o prazo máximo de 05 (CINCO) dias úteis, a contar da publicação no placar, para recorrer do resultado do credenciamento, nos termos do (disposto no artigo 165, I, alínea ‘c’ da Lei nº 14.133) e suas alterações posteriores;
- III. (Os recursos deverão ser protocolados na Prefeitura Municipal de Inhumas, por meio do Departamento de Protocolo;

- IV. Diante da excepcionalidade, os recursos apresentados não implicarão os impedimentos de contratações dos interessados habilitados e aptos a exercer as atividades emergenciais;

11 - DA CONTRATAÇÃO

11.1. A convocação dos credenciados para a comunicação da vaga será feita por meio de notificação via telefone e publicação no Placar da Prefeitura Inhumas para o comparecimento;

11.2. A convocação para assinatura do contrato será realizada por meio de notificação via telefone em que os credenciados terão o prazo de 03 (três) dias úteis após a convocação;

11.3. O não comparecimento acarretará no descredenciamento e, conseqüentemente, a contratação do próximo credenciado da mesma especialidade/serviços.

11.4. As contratações se darão de acordo com a demanda presente e futura, na implantação e operacionalização dos serviços de saúde.

11.5. O contrato terá vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, contados data de sua assinatura até 31/12/2023.

11.6. OS (AS) CREDENCIADOS (AS) Pessoa Física não terão nenhum vínculo trabalhista com a Fundo Municipal de Saúde de Inhumas, sendo um contrato de natureza de prestação de serviço.

11.7. OS (AS) CREDENCIADOS (AS) Pessoa Jurídica deverão arcar, no âmbito de suas respectivas responsabilidades de natureza jurídica e social, recolhimento do ISS – Imposto Sobre Serviços, conforme Art. 165, caput do CTM (este segue a inteligência do art. 3º incisos e parágrafos da Lei Complementar 116/03), no qual deverá ser recolhido no Município de Inhumas, onde ocorrerá a prestação de serviço, trabalhista, previdenciária, tributária, securitária, ou indenizatória, não possuindo qualquer vínculo empregatício com Fundo Municipal de Saúde.

11.8. O eventual inadimplemento pelo (a) CREDENCIADO (A) dos encargos previstos no item anterior não transfere a Secretaria Municipal de Saúde de Inhumas a

responsabilidade pelo seu pagamento e nem poderá onerar o objeto do Termo de Credenciamento.

12. DO CONTROLE DE QUALIDADE

12.1. Os serviços objetos deste Contrato, assim como suas respectivas contas, serão analisadas e avaliadas por profissionais habilitados e designados pela CONTRATANTE, para tal finalidade.

12.2. A CONTRATADA compromete-se a proporcionar as condições necessárias para que os profissionais de que trata o caput desta cláusula possam exercer plenamente suas funções.

12.3. A CONTRATADA permitirá à CONTRATANTE exercer fiscalização sobre os serviços prestados, por intermédio de profissionais de equipe multiprofissional, devidamente habilitada e autorizada por esta, para desempenho de tal atividade.

12.4. O Fundo Municipal de Saúde reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente a prestação dos serviços pelo (a) credenciado (a), podendo proceder o descredenciamento, em casos de negligência, imperícia, imprudência e descumprimento contratual, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

13- FORMA E CONDIÇÕES DO PAGAMENTO

13.1. Os profissionais serão remunerados com obediência no teto mensal máximo estimado constante em contrato, conforme valores previstos no edital, definidos pela gestora do Fundo Municipal de Saúde, com concordância do Conselho Municipal de Saúde de Inhumas.

13.1. O pagamento ocorrerá de forma mensal, de acordo com os procedimentos realizados pelo credenciado (a) e seus respectivos valores aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante fatura de produção emitida pelo CREDENCIANTE e/ou Nota Fiscal de prestação de serviços

13.3. O pagamento ocorrerá até 30º dia do mês subsequente a prestação do serviço, para o profissional que trabalha na unidade de saúde do município ou até o 30º dia do

fechamento do faturamento, conforme o calendário do Ministério da Saúde, para os prestadores conveniados.

13.4. O pagamento será feito via ordem bancária, preferencialmente creditado na instituição bancária eleita pelo contratante.

13.5. Sobre o valor do crédito previsto a ser pago, será observado o que estabelecem as legislações vigentes quanto aos procedimentos de recolhimento e fiscalização relativos aos encargos previdenciários.

13.6. Qualquer erro ou omissão ocorrido na documentação fiscal será motivo de correção por parte do contratado (a) e haverá, em decorrência, suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado.

13.7. Os credenciados contratados por produção receberão os valores referentes à prestação de serviços na equivalência percentual dos serviços prestados, observado o mínimo estabelecido em contrato e o teto mensal máximo.

13.8. Em caso de reajuste da tabela de valores de serviços e devidamente aprovada através de resolução do Conselho Municipal de Saúde, não haverá revisão para os serviços já realizados.

14 - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

14.1 - Os recursos para o pagamento das despesas advêm do Tesouro Federal e Municipal oriundo das Dotações Orçamentárias:

DESCRIÇÃO	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	DESPESA	FICHA	FONTE
Manut. PSF - Prog. Saúde da Família	06.19-10.301.0203.2.048	3.3.90.34.03	577	102.000
Manut. PSF - Prog. Saúde da Família	06.19-10.301.0203.2.048	3.3.90.34.03	577	107.008
Manut. Hospital Cais Municipal	06.19-10.302.0210.2.056	3.3.90.34.03	650	102.000
Manutenção do CAPS	06.19-10.302.1004.2.149	3.3.90.34.03	683	102.000
Mant. da UPA - Unid.de Pronto Atendimento	06.19-10.302.0210.2.203	3.3.90.34.03	673	102.000
Manut. do CEO e PSB - Prog. Saúde Bucal	06.19-10.301.0208.2.049	3.3.90.34.03	589	102.000
Manut. Vigilância Epidemiológica	06.19-10.305.0245.2.059	3.3.90.34.03	725	102.000

Manut.do Prog. da Farmácia Básica	06.19-10.303.0230.2.067	3.3.90.34.03	697	102.000
Manut. SAMU -Serv. Atend. Mun. Urgências	06.19-10.302.0210.2.057	3.3.90.34.03	660	102.000
SAD - Programa de Saúde e Atenção Domiciliar	06.19-10.302.0203.2.148	3.3.90.34.03	635	102.000
Manutenção do Programa de Saúde Prisional	06.19-10.301.1004.2.045	3.3.90.34.03	608	131.000
Manut. Rede de Atendimento do SUS	06.19-10.302.0210.2.086	3.3.90.39.50	667	102.000
Manut. Rede de Atendimento do SUS	06.19-10.302.0210.2.086	3.3.90.39.50	667	102.000
Manut. Rede de Atendimento do SUS	06.19-10.302.0210.2.086	3.3.90.39.50	667	137.000

15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE

15.1. Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços por meio de servidor especialmente designado RAMON HENRIQUE DOS SANTOS ou VITOR LOPES CAMPOS, sendo definido mediante portaria ou expressamente no contrato, informando ao contratado (a) as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas.

15.2. O acompanhamento de desempenho do (a) prestador de serviço, é de responsabilidade do Superintendente de Redes de Atenção à Saúde e Diretores (a) Distritais da Atenção Primária, Diretoria de Atenção Secundária e Urgência e Emergência.

15.3. Verificado o desempenho insatisfatório e/ ou sendo detectadas irregularidades pela direção da respectiva lotação do (a) CREDENCIADO (a), deverá comunicar o Departamento de Transparência e Demandas Judiciais formalmente, para a emissão de notificação para o (a) prestador de serviço.

15.4. Efetuar pagamento ao contratado (a) de acordo com as condições de preço, prazos estabelecidos e serviços prestados.

15.5. Prestar informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos interessados no credenciamento.

15.6. Atestar a execução do objeto por meio do setor competente.

15.7. Divulgar em local visível, junto as Unidades de Saúde, planilha com nome e escala de trabalho dos profissionais.

15.8. Estabelecer as normas de atendimento, manual de orientação ao Credenciado e instruções normativas.

16- DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

16.1. O CREDENCIADO se obriga a cumprir as normas de funcionamento na prestação dos serviços estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

16.2. O CREDENCIADO se obriga a atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação do serviço.

16.3. O CREDENCIADO se obriga a não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

16.4. O CREDENCIADO se compromete a preencher corretamente todos os expedientes em todos os campos e com letra legível.

16.5. O CREDENCIADO se obriga a frequentar os cursos de capacitação profissional oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

16.6. O CREDENCIADO se obriga a zelar pela qualidade dos serviços prestados, obrigando-se ainda a manter, durante toda a vigência do Termo de Credenciamento, as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.

16.7. Se, no decorrer da vigência do Credenciamento, comprovar-se a má qualidade na prestação dos serviços, obriga-se o CREDENCIADO a refazê-los, sem qualquer custo adicional para o Fundo Municipal de Saúde de Inhumas.

16.8. O CREDENCIADO é responsável pelos danos eventualmente causados ao Fundo Municipal de Saúde de Inhumas, decorrente de sua culpa ou dolo na execução das obrigações decorrentes do instrumento contratual, sem que tal responsabilidade seja excluída ou reduzida pela fiscalização e pelo acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde de Inhumas.

16.9. Executar pessoalmente o objeto contratado, não o transferir, no todo ou em parte, a terceiros.

16.10. Informar a Secretaria de Saúde qualquer irregularidade com o atendimento dos pacientes.

16.11. Cumprir a jornada de trabalho conforme carga horária da função credenciada, podendo assumir carga extraordinária em razão do afastamento temporário de outro credenciando ou servidor efetivo.

16.12. Desempenhar suas funções onde a Secretaria entender mais conveniente a Administração, não tendo qualquer vinculação fixa ao local de trabalho.

16.13. O profissional credenciado poderá vir a assumir a obrigação de responsabilidade técnica da unidade em que trabalhará, conforme necessidade da Secretaria em respeito às normativas técnicas, sem qualquer ônus à contratante.

16.15. O profissional poderá trabalhar das 7 horas às 17 horas, gozando de no mínimo 1 hora e no máximo 2 horas de intervalo intrajornada, ou das 16 horas às 0 horas, gozando de no mínimo 1 hora e no máximo 2 horas de intervalo intrajornada, conforme conveniência da Administração e disponibilidade de vaga. Já para os cargos em regime de plantão, o profissional trabalhará em regime de 12x36 horas, ou em casos de consultas ambulatoriais, deverá o (a) CREDENCIADO - FÍSICO/JURÍDICO, respeitar a agenda programada definida junto a administração, mediante portaria.

16.16. O CREDENCIADO se compromete a colaborar com o controle da prestação de serviços, com registro de frequência (digital, mecânico ou manual), controle e fiscalização da execução contratual e apuração do valor devido com base em comprovantes da efetiva prestação dos serviços colaborando com a boa gestão dos recursos públicos.

16.17. Os atendimentos e serviços prestados serão demonstrados mensalmente, através de faturas de serviços expedidos pelos credenciados e conforme tabela de honorários consultas/procedimentos, pelos serviços efetivamente prestados e comprovados onde fiquem discriminados, pormenorizadamente, os atendimentos e procedimentos realizados, com visto da Secretária Municipal de Saúde.

16.18. Nos casos de suspeita de erro ou negligência profissional o caso será encaminhado ao Conselho Regional da categoria para a decisão e aplicação da pena admissível, sem

prejuízo das penalidades Administrativas e/ou judiciais cabível previstas ou não no Termo de Credenciamento.

19 - DO CANCELAMENTO DO CREDENCIAMENTO

19.1. O Fundo Municipal de Saúde poderá realizar o descredenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e descumprimento das normas fixadas no edital e na legislação pertinente.

19.2. Caso o contratado transfira, no todo ou em parte, as obrigações decorrentes deste instrumento sem prévia anuência do FMS.

19.3. Se o contratado deixar de cumprir, total ou parcialmente, as obrigações de seu contrato.

19.4. Desatender às determinações do FMS, no exercício de suas atribuições de acompanhamento e fiscalização da execução do contrato.

19.5. Cometer, reiteradamente, faltas na execução do contrato.

19.6. Em caso de situações em que torne impossível a sua continuidade, tais como a insuficiência de recursos financeiros e/ou fim do convênio com o órgão responsável pelo repasse da verba, será comunicado previamente pelo CREDENCIANTE, mediante aviso ao CREDENCIADO.

19.7. Em caso de rescisão amigável, a parte deverá comunicar a outra parte no mínimo 30 dias anteriores a sua intenção/impedimentos de permanecer no vínculo estabelecido. A parte que não respeitar o prazo acima apontado e abandonar o local da prestação dos serviços, sujeitará a uma multa de 15% do valor mensal estipulado.

19.8. Aplicam-se ainda os motivos de rescisão previstos nos arts. 137, 138, 139 da Lei nº 14.133/21 e alterações posteriores.

20. DAS PENALIDADES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

20.1. O não cumprimento ou cumprimento parcial, ou ainda a ocorrência de qualquer irregularidade na prestação dos serviços, por parte CONTRATADO, ensejará aplicação de multa correspondente a 2% (dois por cento) do valor mensal do contrato, para cada

notificação expressamente formalizada, independente da possibilidade de rescisão contratual.

20.2. Aplicação da multa prevista no item anterior poderá ocorrer somente (três) vezes, sendo que a quarta notificação ocasionará a obrigatória rescisão contratual e aplicação das demais sanções legais previstas.

20.3. O CONTRATADO ficará sujeito às penalidades previstas na Lei 14.133/21 e alterações, nos casos não previstos neste edital.

20.4. Pelo não cumprimento total ou parcial do objeto contratado o CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa do contratado, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, aplicar multa prevista neste edital juntamente com as seguintes sanções:

- a) Advertência;
- b) Suspensão temporária de trabalho com desconto no pagamento dos dias suspensos;
- c) Declaração de inidoneidade para credenciar e contratar com a Administração enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

20.5. As sanções previstas neste edital poderão ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, observando-se a gravidade da infração, facultada o contraditório e a ampla defesa.

20.6. A responsabilidade de se aplicar as sanções previstas neste edital é do coordenador, diretor ou responsável pelo setor onde o contratado presta serviço.

21. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. A participação no presente processo de credenciamento implica na aceitação integral e irretratável de todas as condições exigidas neste edital e nos documentos que dele fazem parte, bem como a observância dos preceitos e regulamentações em vigor.

21.2. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de quaisquer documentos relativos ao presente credenciamento;

21.3. Os contratados prestarão seus serviços de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, e desde já fica ciente que os contratados deverão ter

disponibilidade para atuar tanto em horário comercial quanto em regime de escala, de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

21.4. Não obstante a contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução do contrato, a Contratante 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 contratual, diretamente ou por prepostos designados;

21.5. Os pedidos de esclarecimentos ou impugnações, deverão ser entregues, em envelope devidamente lacrado, na Av. Wilson Quirino de Andrade, 450 - Centro, Inhumas - GO, 75400-000. É vedado ao contratado cobrar dos pacientes qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos.

21.6. Não serão admitidos participar do credenciamento, pessoas física e jurídica, suspensas ou impedidas de contratar e de efetuar credenciamento junto a repartições Públicas Federal, Estadual e Municipal.

21.7. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes na Lei nº 14.133/21, nos princípios do Direito Público e subsidiariamente em outras leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

21.8. Quaisquer alterações eventualmente necessárias no Edital, somente poderão ser feitas mediante errata a ser divulgada pela mesma forma como de seu texto original do presente edital.

22. DOS ANEXOS

22.1. Fazem parte integrante do presente Edital:

Anexo I. ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO (FÍSICA E JURÍDICA);

Anexo II. ESPECIFICAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS-HOSPITALARES, LABORATORIAIS E CLÍNICAS;

Anexo III. ESPECIFICAÇÃO DE SERVIÇOS - CIRURGIAS/ TABELA SUS + COMPLEMENTO, EXAMES E SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA;

Anexo IV. MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA FÍSICA;

Anexo V. MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA;

Anexo VI. MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – ESTABELECIMENTO DE SAÚDE;

Anexo VII. MODELO DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS;

Anexo VIII. MODELO DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE EMPREGADOR MENOR;

Anexo IX. MODELO DECLARAÇÃO DE ACUMÚLO DE CARGO;

Anexo X. MODELO DECLARAÇÃO SE É PROPRIETÁRIO;

Anexo XI. MINUTA DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – PESSOA FÍSICA E JURÍDICA/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.

Inhumas, 20 de janeiro de 2023.

Secretária Municipal de Saúde

Presidente da Comissão de Avaliação de Credenciamento

ANEXO I

Item	Categoria	Carga Horária	Valor (mês/plantão)
1	ARTESÃ(O)	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.200,00
2	ASSISTENTE SOCIAL	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
3	ASSISTENTE SOCIAL - PSP	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 3.110,00
4	AUXILIAR/TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40 HORAS/SEMANAIS - NOTURNO	R\$ 1,562,40
5	AUXILIAR/TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	20 HORAS/SEMANAIS - NOTURNO	R\$ 781,20
6	AUXILIAR/TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.562,40
7	AUXILIAR/TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 781,20
8	AUXILIAR/TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL - PSP	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.822,80
9	AUXILIAR/TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL - PSP	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 911,40
10	BIOMÉDICO(A)	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 168,00
11	CIRURGIÃ(O) DENTISTA - PSP	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 3.110,00
12	CIRURGIÃ(O) DENTISTA - PSP	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.555,16
13	CIRURGIÃ(O) DENTISTA COM ATENDIMENTO EM BUCOMAXILOFACIAL	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00



14	CIRURGIÃ(O) DENTISTA COM ATENDIMENTO EM ENDODONTIA	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
15	CIRURGIÃ(O) DENTISTA COM ATENDIMENTO EM ENDODONTIA	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 5.332,00
16	CIRURGIÃ(O) DENTISTA COM ATENDIMENTO EM ENDODONTIA	30 HORAS/SEMANAIS	R\$ 3.999,00
17	CIRURGIÃ(O) DENTISTA COM ATENDIMENTO EM ESTOMATOLOGIA	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
18	CIRURGIÃ(O) DENTISTA COM ATENDIMENTO EM PERIODONTIA	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
19	CIRURGIÃ(O) DENTISTA	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
20	CIRURGIÃ(O) DENTISTA	20 HORAS/SEMANAIS - NOTURNO	R\$ 1.333,00
21	CIRURGIÃ(O) DENTISTA	40 HORAS/SEMANAIS - NOTURNO	R\$ 2.666,00
22	CIRURGIÃ(O) DENTISTA	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.333,00
23	CIRURGIÃ(O) DENTISTA COM ATENDIMENTO A PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
24	EDUCADOR FÍSICO	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
25	ENFERMEIRO(A)	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 267,00
26	ENFERMEIRO(A)	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
27	ENFERMEIRO(A)	40 HORAS/SEMANAIS - NOTURNO	R\$ 2.666,00
28	ENFERMEIRO(A)	ATÉ 200 HORAS /MENSAL	R\$ 16,66 (POR HORA)
29	ENFERMEIRO(A) - PSP	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 3.110,00



30	ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA EM CCIH	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 13 PLANTÕES/MÊS	R\$ 267,00
31	FARMACÊUTICO(A)	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.500,00
32	FARMACÊUTICO(A)	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 167,00
33	FARMACÊUTICO (A)	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.333,00
34	FARMACÊUTICO(A) - RT	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 3.340,00
35	FISIOTERAPEUTA	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
36	FISIOTERAPEUTA	30 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.999,50
37	FISIOTERAPEUTA	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 267,00
38	FONOAUDIÓLOGO(A)	30 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.999,50
39	FONOAUDIÓLOGO(A)	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
40	MÉDICO(A) CARDIOLOGISTA OU ESPECIALISTA	12 HORAS/SEMANAIS	R\$ 6.000,00
41	MÉDICO(A) CARDIOLOGISTA OU ESPECIALISTA	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 05 PLANTÕES/MÊS	R\$ 1.200,00
42	MÉDICO(A) CARDIOLOGISTA OU ESPECIALISTA	30 HORAS/SEMANAIS	R\$ 20.000,00
43	MÉDICO(A) CIRURGIÃO OU ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL	ATÉ 200 CONSULTAS/MÊS	R\$ 60,00
44	MÉDICO(A) CIRURGIÃO OU ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL	CIRURGIAS ELETIVAS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 50.000,00
45	MÉDICO(A) CLÍNICO GERAL - ATENÇÃO PRIMÁRIA	PLANTÃO 06 HORAS NOTURNO - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 600,00
46	MÉDICO(A) CLÍNICO GERAL	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 12.000,00



47	MÉDICO(A) CLÍNICO GERAL	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 6.000,00
48	MÉDICO(A) CLÍNICO GERAL - PSP	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 7.000,00
49	MÉDICO(A) CLÍNICO GERAL PLANTONISTA	PLANTÃO 12 HORAS EM DIA ÚTIL - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 1.200,00
		PLANTÃO 12 HORAS FINAIS DE SEMANA E FERIADO - ATÉ 10 PLANTÕES/MÊS	R\$ 1.250,00
50	MÉDICO(A) CLÍNICO GERAL PARA CIRURGIAS AMBULATORIAIS	24 HORAS/SEMANAIS	R\$ 11.000,00
51	MÉDICO(A) ENDOCRINOLOGISTA OU ESPECIALISTA	30 HORAS/SEMANAIS	R\$ 20.000,00
52	MÉDICO(A) GINECOLOGISTA/ OBSTETRÍCIO	ATÉ 300 CONSULTAS/MÊS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 18.000,00
53	MÉDICO(A) INFECTOLOGISTA OU ESPECIALISTA	ATÉ 150 CONSULTAS/MÊS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 9.000,00
54	MÉDICO(A) NEFROLOGISTA OU ESPECIALISTA	ATÉ 150 CONSULTAS/MÊS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 9.000,00
55	MÉDICO(A) NEUROLOGISTA OU ESPECIALISTA	30 HORAS/SEMANAIS	R\$ 20.000,00
56	MÉDICO(A) OFTALMOLOGISTA OU ESPECIALISTA	PLANTÃO 12 HORAS FINAIS DE SEMANAS E FERIADOS - ATÉ 10 PLANTÕES/MÊS	R\$ 1.250,00
57	MÉDICO(A) OFTALMOLOGISTA OU ESPECIALISTA	20 HORAS/SEMANAIS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 13.000,00



58	MÉDICO(A) ORTOPEDISTA OU ESPECIALISTA	ATÉ 500 CONSULTAS/MÊS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 30.000,00
59	MÉDICO(A) OTORRINOLARINGOLOGISTA OU ESPECIALISTA	ATÉ 200 CONSULTAS/MÊS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 12.000,00
60	MÉDICO(A) PEDIATRA OU ESPECIALISTA	ATÉ 200 CONSULTAS/MÊS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 12.000,00
61	MÉDICO(A) PSIQUIATRA OU ESPECIALISTA	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 12.000,00
62	MÉDICO(A) PSIQUIATRA OU ESPECIALISTA	10 HORAS/SEMANAIS	R\$ 6.000,00
63	MÉDICO(A) RADIOLOGISTA OU ESPECIALISTA	04 HORAS/SEMANAIS	R\$ 3.600,00
64	MÉDICO(A) ULTRASSONOGRAFISTA OU ESPECIALISTA	ATÉ 500 USG/MÊS	ESTIMADO EM ATÉ R\$ 27.500,00
65	MÉDICO(A) ULTRASSONOGRAFISTA OU ESPECIALISTA	PLANTÃO 12 HORAS EM DIA ÚTIL - ATÉ 10 PLANTÕES/MÊS	R\$ 1.200,00
66	MÉDICO(A) ULTRASSONOGRAFISTA OU ESPECIALISTA	PLANTÃO 12 HORAS EM FINAIS DE SEMANA E FERIADOS - ATÉ 10 PLANTÕES/MÊS	R\$ 1.250,00
67	MÉDICO(A) UROLOGISTA OU ESPECIALISTA	ATÉ 250 CONSULTAS/MÊS	R\$ 60,00
68	MUSICOTERAPÊUTRA	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.666,00
69	NUTRICIONISTA	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.720,00
70	NUTRICIONISTA	30 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.040,00
71	NUTRICIONISTA	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 18 PLANTÕES/MÊS	R\$ 272,00
72	PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.468,32
73	PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO	ATÉ 200 HORAS/ MENSAL	R\$ 9,17 (POR HORA)



74	PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 98,00
75	PSICOLOGO(A)	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.720,00
76	PSICOLOGO(A)	30 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.040,00
77	PSICOLOGO(A)	ATÉ 200 HORAS/MENSAL	R\$ 17,00 (POR HORA)
78	PSICOLOGO(A)	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 267,00
79	PSICOLOGO(A) - PSP	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 3.110,00
80	SOCORRISTA HABILITADO	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 150,00
81	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM	40 HORAS/SEMANAIS - NOTURNO	R\$ 1.467,60
82	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM	20 HORAS/SEMANAIS - NOTURNO	R\$ 733,80
83	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.467,60
84	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM	ATÉ 200 HORAS/MENSAL	R\$ 9,17 (POR HORA)
85	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 150,00
86	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM - PSP	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.712,20
87	TÉCNICO(A) DE IMOBILIZAÇÃO	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.527,20
88	TÉCNICO(A) DE LABORATÓRIO	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 20 PLANTÕES/MÊS	R\$ 83,00
89	TÉCNICO(A) DE RADIOLOGIA	PLANTÃO 12 HORAS - ATÉ 10 PLANTÕES/MÊS	R\$ 198,10
90	TÉCNICO(A) EM PRÓTESE DENTÁRIA	ATÉ 83 PRÓTESES/MÊS	R\$ 120,00
91	TERAPÊUTA HOLÍSTICA	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.200,00
92	TERAPÊUTA OCUPACIONAL	40 HORAS/SEMANAIS	R\$ 2.720,00
93	TERAPÊUTA OCUPACIONAL	20 HORAS/SEMANAIS	R\$ 1.360,00

ANEXO II

VAGAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS-HOSPITALARES, LABORATORIAIS E CLÍNICAS

ITEM	SERVIÇO	VALOR ESTIMADO MÍNIMO POR PRESTADOR	VALOR ESTIMADO MÁXIMO POR PRESTADOR	VALOR ESTIMADO ANUAL TOTAL
1	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM HEMOTERAPIA	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
2	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CITOLOGIA CLÍNICA, EM GERAL	R\$ 4.000,00	R\$ 6.500,00	R\$ 78.000,00
3	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÕES DE EXAMES COM ANÁLISES CLÍNICAS	R\$ 11.000,00	R\$ 22.000,00	R\$ 1.584.000,00
4	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ASSISTÊNCIA EM INTERNAÇÕES CLÍNICAS E/OU CIRÚRGICAS E/OU DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E/OU REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA E/OU COLONOSCOPIA E/OU CONSULTAS MÉDICAS E/OU REALIZAÇÕES DE EXAMES COM ANÁLISES CLÍNICAS, EXAME DE COLPOSCOPIA	R\$ 80.000,00	R\$ 105.000,00	R\$ 2.520.000,00
5	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS	R\$40.00,00	R\$ 60.000,00	R\$ 720.000,00



6	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE EM ATENDIMENTO DE DIAGNOSTICOS POR IMAGEM (USG, RAIIO-X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA E/OU ECG E/OU EEG, ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA, MAMOGRAFIA, TESTE ERGOMETRICO, HOLTER, DENSITOMETRIA, DOPPLER, ELETRONEUROMIOGRAFIA)	R\$ 30.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 2.232.000,00
7	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OFTALMOLÓGICOS PARA CONSULTAS CLINICAS NA REFERIDA ESPECIALIDADE E CIRURGIAS ELETIVAS	R\$ 30.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 840.000,00
8	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE EM ATENDIMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, INCLUINDO CONSULTAS CLÍNICAS E CIRURGIAS	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
9	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE: ATENDIMENTO EM TERAPIA ASSISTIDA AOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS.	R\$ 1.500,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
10	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE EM ATENDIMENTO DE CONSULTAS EM CLÍNICA MÉDICA E FISIOTERAPIA.	R\$ 5.000,00	R\$ 6.500,00	R\$ 156.000,00
11	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE EM ATENDIMENTO DE GASTROENTEROLOGIA E PROCEDIMENTOS	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
12	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE EM LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM COMO ELETROCARDIOGRAMAS, EXAMES DE RETINOGRRAFIA E OUTROS	R\$ 30.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 600.000,00

* Os valores previstos nessa tabela serão compostos por tabela SUS e, se houver complemento conforme estipulado nas tabelas abaixo consignadas;

Rua 23, 1-89, Vila São José, Inhumas-GO – CEP: 75.402-709

Fone: (62) 3511-2121 / contato@inhumas.go.gov.br

** No valor constante no item 4, serão pagos o valor de R\$ 90,00 por cada consulta médica avaliativa necessária ou não para a realização de cirurgias com recursos do tesouro municipal acrescido dos valores previstos na tabela SUS. Nos mesmos itens, serão pagos os mesmos valores para consultas de retorno posterior a 30 dias.

***Nos valores constantes nos itens 8 e 11 serão pagos o valor de R\$ 60,00 por cada consulta com recurso do tesouro municipal acrescidos dos valores previstos na tabela SUS.

ANEXO III

CIRURGIAS/ TABELA SUS + COMPLEMENTO, EXAMES E SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA

PROCEDIMENTO	VALOR SUS	VALOR COMPLEMENTO FMS	VALOR TOTAL
04.09.06.001-1 – CERCLAGEM DE COLO DO ÚTERO	R\$ 178,01	R\$ 178,01	R\$ 356,02
04.04.01.048-2 – SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 247,46	R\$ 494,92	R\$ 742,38
04.04.01.052-0 - SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTETICA	R\$ 213,75	R\$ 427,50	R\$ 641,25
04.07.03.002-6 – COLECISTECTOMIA	R\$ 996,34	R\$ 1.494,51	R\$ 2.490,85
04.09.07.005-0 – COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 472,43	R\$ 472,43	R\$ 944,86
04.09.06.002-0 – COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	R\$ 449,20	R\$ 449,20	R\$ 898,40
04.09.07.006-8 – COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	R\$ 372,54	R\$ 745,08	R\$ 1.117,62
04.09.05.003-2 – CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO)	R\$ 372,96	R\$ 372,96	R\$ 745,92

04.09.05.004-0 – CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO)	R\$ 372,96	R\$ 372,96	R\$ 745,92
04.09.06.004-6 – CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	R\$ 167,42	R\$ 450,00	R\$ 334,84
04.09.04.003-7 – EPIDIDIMECTOMIA	R\$ 223,01	R\$ 223,01	R\$ 446,02
04.07.03.012-3 – ESPLENECTOMIA	R\$ 975,98	R\$ 975,98	R\$ 1.951,96
04.07.02.027-6 – FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 363,90	R\$ 363,90	R\$ 727,80
04.07.01.021-1 – GASTROSTOMIA	R\$ 687,76	R\$ 687,76	R\$ 1.375,52
04.07.02.028-4 – HEMORROIDECTOMIA	R\$ 315,94	R\$ 687,76	R\$ 947,82
04.07.04.006-4 – HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 801,73	R\$ 1.202,60	R\$ 2.004,32
04.07.04.008-0 – HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 539,92	R\$ 1.079,84	R\$ 1.619,76
04.07.04.009-9 – HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 610,06	R\$ 915,09	R\$ 1.525,15
04.07.04.010-2 – HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 637,97	R\$ 956,96	R\$ 1.594,93
04.07.04.011-0 – HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 596,33	R\$ 416,43	R\$ 832,86
04.07.04.012-9 – HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 434,99	R\$ 869,98	R\$ 1.304,97
04.09.06.010-0 – HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 658,83	R\$ 1.317,66	R\$ 1.976,49
04.09.06.013-5 – HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 907,93	R\$ 1.815,86	R\$ 2.723,79
04.07.04.016-1 – LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 637,19	R\$ 955,78	R\$ 1.592,97
04.10.01.006-5 – MASTECTOMIA SIMPLES	R\$ 462,80	R\$ 925,60	R\$ 1.388,40
04.09.01.020-0 – NEFRECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.205,37	R\$ 1.205,37	R\$ 2.410,74
04.09.01.021-9 – NEFRECTOMIA TOTAL	R\$ 1.222,43	R\$ 1.222,43	R\$ 2.444,86

04.09.01.022-7 – NEFROLITOTOMIA	R\$ 1.171,72	R\$ 1.171,72	R\$ 2.343,44
04.09.06.021-6 – OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA	R\$ 509,86	R\$ 764,79	R\$ 1.274,65
04.09.04.012-6 – ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 385,32	R\$ 385,32	R\$ 770,64
04.09.04.013-4 – ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 360,07	R\$ 360,07	R\$ 720,14
04.11.01.003-4 – PARTO CESARIANO	R\$ 545,73	R\$ 1.091,46	R\$ 1.637,22
04.09.05.008-3 – POSTECTOMIA	R\$ 219,12	R\$ 438,24	R\$ 657,36
04.09.03.002-3 – PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 1.001,71	R\$ 1.001,71	R\$ 2.003,42
04.08.05.016-0 – RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 2.294,32	R\$ 2.294,32	R\$ 4.588,64
04.02.01.003-5 – TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 425,63	R\$ 425,63	R\$ 851,26
04.02.01.004-3 – TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 451,37	R\$ 451,37	R\$ 902,74
04.09.04.021-5 – TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 256,97	R\$ 256,97	R\$ 513,94
04.09.07.027-0 – TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	R\$ 372,89	R\$ 372,89	R\$ 745,78
04.09.01.049-9 – TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	R\$ 386,20	R\$ 386,20	R\$ 772,40
04.04.01.041-5 – TURBINECTOMIA	R\$ 315,65	R\$ 631,30	R\$ 946,95
04.09.01.056-1 – URETEROLITOTOMIA	R\$ 1.097,07	R\$ 1.097,07	R\$ 2.194,14
04.04.01.001-6 – ADENOIDECTOMIA	R\$ 348,18	R\$ 1.566,81	R\$ 1.914,99
04.04.01.002-4 – AMIGDALECTOMIA	R\$ 306,57	R\$ 1.379,56	R\$ 1.686,13
04.04.01.003-2 - AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 337,22	R\$ 1.517,49	R\$ 1.854,71

04.04.01.036-9 - TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILACAO	R\$ 56,84	R\$ 227,36	R\$ 284,20
04.09.01.006-5 - CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$ 549,72	R\$ 549,72	R\$ 1.099,44
04.11.02.001-3 - CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	R\$ 179,62	R\$ 179,62	R\$ 359,24
04.07.02.029-2 - HERNIORRAFIA C/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	R\$ 378,69	R\$ 378,69	R\$ 757,38
04.07.04.014-5 - HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	R\$ 419,94	R\$ 419,94	R\$ 839,88
04.09.06.018-6 - LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 485,48	R\$ 1.941,92	R\$ 2.427,40
04.07.02.004-7 - APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 421,40	R\$ 421,40	R\$ 842,80
04.09.04.024-0 - VASECTOMIA	R\$ 438,87	R\$ 658,30	R\$ 1.097,17
04.09.04.023-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 257,56	R\$ 257,56	R\$ 515,12
04.06.02.056-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 833,48	R\$ 1.666,96	R\$ 2.500,44
04.06.02.057-4 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 692,19	R\$ 692,19	R\$ 1.384,36
03.10.01.003-9 - PARTO NORMAL	R\$ 443,40	R\$ 886,80	R\$ 1.330,20
04.05.05.032-1 - TRABECULECTOMIA (glaucoma)	R\$ 898,35	R\$ 898,35	R\$ 1.796,70
04.05.05.035-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO	R\$ 1.236,75	R\$ 1.236,75	R\$ 2.473,50
04.05.05.038-0 - CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$ 895,16	R\$ 895,16	R\$ 1.790,32
04.05.05.009-7 - FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 531,60	R\$ 818,60	R\$ 1.250,20

04.05.05.010-0 – FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 483,60	R\$ 483,60	R\$ 967,20
04.05.05.011-9 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 651,60	-	R\$ 651,60
04.05.05.002-0 CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 112,77	R\$ 112,77	R\$ 225,54
04.05.05.037-2 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60	R\$ 600,00	R\$ 1.371,60
02.11.06.014-3 - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 24,24	-	R\$ 24,24
02.11.06.001-1 - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 24,24	-	R\$ 24,24
04.05.05.036-4 – TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 209,55	R\$ 419,10	R\$ 628,65
02.01.01.066-6 - BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 18,33	R\$ 40,00	R\$ 58,33
02.03.02.008-1 - EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	R\$ 40,78	R\$ 40,00	R\$ 80,78
04.05.01.012-5 – RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$ 311,04	R\$ 311,04	R\$ 622,08
04.13.04.012-7 – RECONSTRUÇÃO DE POLO SUPERIOR DA ORELHA	R\$ 281,72	R\$ 281,72	R\$ 563,44
04.16.08.008-1 – RECONTRUÇÃO C/ RETALHO MIOCUTÂNEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	R\$ 3.359,04	-	R\$ 3.359,04
04.13.04.023-2 – TRATAMENTO CIRURGICO NÃO ESTETICO DA ORELHA	R\$ 391,88	R\$ 391,88	R\$ 783,76
04.16.08.003-0 – EXCISÃO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	R\$ 396,18	R\$ 396,18	R\$ 792,36
04.06.02.053-1 – TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 569,00	R\$ 569,00	R\$ 1.138,00

04.01.02.004-5 – EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	R\$ 356,81	R\$ 356,81	R\$ 713,62
04.13.04.015-1 – TRANSFERÊNCIA INTERMEDIÁRIA DE RETALHO	R\$ 413,45	R\$ 413,45	R\$ 826,90
04.13.01.001-5 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM MÉDIO E GRANDE QUEIMADO	R\$ 279,96	R\$ 279,96	R\$ 559,92
04.16.12.004-0 – RESSECÇÃO DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA COM MARCAÇÃO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	R\$ 1.498,64	R\$ 1.498,64	R\$ 2.997,28
04.16.09.013-3 – RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	R\$ 3.972,21	-	R\$ 3.972,21
04.16.08.011-1 – RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO OSTEOMIOCUTÂNEO EM ONCOLOGIA	R\$ 4.366,75	-	R\$ 4.366,75
04.04.03.001-7 – ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTE COM ANOMALIAS CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 432,24	R\$ 432,24	R\$ 864,48
04.01.02.011-8 – HOMOENXERTIA (ATO CIRÚRGICO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO)	R\$ 251,31	R\$ 251,31	R\$ 502,62
04.13.04.024-0 – TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ REPARAÇÕES DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO	R\$ 324,20	R\$ 324,20	R\$ 648,40
04.10.01.013-8 – RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DA PRÓTESE MAMÁRIA IMPLANTADA	R\$ 290,00	R\$ 290,00	R\$ 580,00
04.08.06.021-2 – RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 91,49	R\$ 91,49	R\$ 182,98
04.05.04.020-2 – TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 449,44	R\$ 449,44	R\$ 898,88
04.01.02.002-9 – ENXERTO DERMO-EPIDERMICO	R\$ 365,77	R\$ 365,77	R\$ 731,54

04.13.04.017-8 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	R\$ 741,69	R\$ 741,69	R\$ 1.483,38
04.13.01.008-2 – TRATAMENTO DE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 688,24	R\$ 688,24	R\$ 1.376,48
04.13.04.020-8 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS DA MÃO/PÉ S/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO	R\$ 256,23	R\$ 256,23	R\$ 512,46
04.13.04.011-9 – RECONSTRUÇÃO DE LÓBULO DA ORELHA	R\$ 391,88	R\$ 391,88	R\$ 783,76
04.13.04.009-7- PREPARO DE RETALHO	R\$ 250,12	R\$ 250,12	R\$ 500,24
04.13.04.003-8 – DERMOLIPECTOMIA (1 OU 2 MEMBROS INFERIORES)	R\$ 486,92	R\$ 486,92	R\$ 973,84
04.16.08.012-0 – EXTIRPAÇÃO MÚLTIPLA DE LESÃO DA PELE OU TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO EM ONCOLOGIA	R\$ 565,86	R\$ 565,86	R\$ 1.131,72
04.16.08.001-4 – EXCISÃO E ENXERTO DE PELE EM ONCOLOGIA	R\$ 396,18	R\$ 396,18	R\$ 792,36
04.13.04.008-9 – MAMOPLASTIA PÓS-CIRÚRGICA BARIÁTRICA	R\$ 851,52	R\$ 851,52	R\$ 1.703,04
04.16.08.009-0 – RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	R\$ 4.098,37	-	R\$ 4.098,37
04.13.04.002-0 – CORREÇÃO DE RETRAÇÃO CICATRICAL VÁRIOS ESTÁGIOS	R\$ 503,12	R\$ 503,12	R\$ 1.006,24
04.13.04.026-7 – RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA QUALQUER PARTE	R\$ 4.098,37	-	R\$ 4.098,37
04.10.01.008-1 – PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	R\$ 450,64	R\$ 450,64	R\$ 901,28
04.01.02.001-0 – ENXERTO COMPOSTO	R\$ 604,58	R\$ 604,58	R\$ 1.209,16
04.01.02.005-3 – EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	R\$ 356,81	R\$ 356,81	R\$ 713,62

04.03.02.006-9 – MICRONEURORRAFIA	R\$ 1.401,75	R\$ 1.401,75	R\$ 2.803,50
04.03.02.012-3 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 347,62	R\$ 347,62	R\$ 695,24
04.04.01.052-0 – SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 213,75	R\$ 213,75	R\$ 427,50
04.13.04.004-6 – DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL NÃO ESTÉTICA (PLÁSTICA ABDOMINAL)	R\$ 621,84	R\$ 621,84	R\$ 1.243,68
04.13.04.005-4 – DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL PÓS-CIRÚRGICA BARIÁTRICA	R\$ 862,35	R\$ 862,35	R\$ 1.724,70
04.10.01.007-3 - PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA	R\$ 514,17	R\$ 1.028,34	R\$ 1.542,51
04.03.02.012-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 347,62	R\$ 695,24	R\$ 1.042,86
ACOMPANHAMENTO DE PARTO E ASSISTENCIA AO RN NO CENTRO CIRURGICO	R\$ 65,00	R\$ 400,00	R\$ 465,00
HISTERECTOMIA TOTAL + OOFORECTOMIA BILATERAL	R\$ 907,93	R\$ 2.269,82	R\$ 3.177,75
04.11.01.004-2 - PARTO CESARIANO COM LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 545,73	R\$ 1.910,05	R\$ 2.455,78
04.09.06.011-9 HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA UNI/LATERAL	R\$ 1.103,64	R\$ 1.103,64	R\$ 2.207,28
04.01.01.010-4 - INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 11,84	R\$ 177,60	R\$ 189,44

EXAMES DE TOMOGRAFIA / TABELA SUS + COMPLEMENTO

TOMOGRAFIA	TABELA SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.06.03.003-7 - Abdômen Inferior	R\$ 138,63	R\$ 120,00	R\$ 258,63
02.06.03.001-0 - Abdômen Superior	R\$ 138,63	R\$ 120,00	R\$ 258,63
02.06.03.002-9 - Articulação (Unilateral)	R\$ 86,75	R\$ 120,00	R\$ 206,75
02.06.01.003-0 - Coluna Cervical	R\$ 86,76	R\$ 120,00	R\$ 206,76
02.06.01.001-0 - Coluna Dorsal	R\$ 86,76	R\$ 120,00	R\$ 206,76
02.06.01.002-8 - Coluna Lombar	R\$ 101,10	R\$ 120,00	R\$ 221,10
02.06.01.002-3 - Cotovelo (Unilateral)	R\$ 86,75	R\$ 120,00	R\$ 206,75
02.06.02.007-9 - Crânio / Órbita	R\$ 97,44	R\$ 120,00	R\$ 217,44
02.06.01.004-4 - Face ou seios da face	R\$ 86,75	R\$ 120,00	R\$ 206,75
02.06.02.002-03 - Joelho (Unilateral)	R\$ 86,76	R\$ 120,00	R\$ 206,76
02.06.02-002-3 - Mão/Pé/Perna/Braço (Unilateral)	R\$ 86,75	R\$ 120,00	R\$ 206,75
02.06.01.005-2 - Mastoides (ouvido)	R\$ 86,75	R\$ 120,00	R\$ 206,75
02.06.01.005-2 - Pescoço	R\$ 86,75	R\$ 120,00	R\$ 206,75
02.06.02.002-3 - Punho (Unilateral)	R\$ 86,75	R\$ 120,00	R\$ 206,75



02.06.01.001-8 - Sacro-Ilíaca	R\$ 101,10	R\$ 120,00	R\$ 221,10
02.06.01.006-0 - Sela Túcica	R\$ 97,44	R\$ 120,00	R\$ 217,44
02.06.01.004-4 - Temporo Mandibular	R\$ 86,75	R\$ 120,00	R\$ 206,75
02.06.02.003-1 - Tórax	R\$ 136,41	R\$ 120,00	R\$ 256,41
02.06.02.002-3 - Tornozelo	R\$ 86,76	R\$ 120,00	R\$ 206,76
02.06.03.003-7 - Vias Urinárias (pelve, bacia, abdômen inferior)	R\$ 138,63	R\$ 120,00	R\$ 258,63

EXAMES DIVERSOS - TABELA SUS + COMPLEMENTO

EXAME	TABELA SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.09.01.002-9 - Colonoscopia	R\$ 112,66	R\$ 200,00	R\$ 312,66
02.11.04.002-9 - Coloposcopia	R\$ 3,38	R\$ 100,00	R\$ 103,38
02.05.01.003-2 - Ecocardiograma Transtorácico	R\$ 67,86	R\$ 120,00	R\$ 159,94
02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	R\$ 5,15	R\$ 45,00	R\$ 50,15
02.11.05.015-6 - Eletroencefalograma c/ Registro Prolongado	R\$ 27,00	R\$ 100,00	R\$ 127,00
02.11.05.004-0 - Eletroencefalograma em vigília do sono	R\$ 25,00	R\$ 80,00	R\$ 105,00
02.11.05.005-9 - Eletroencefalograma quantitativo com mapeamento cerebral	R\$ 25,00	R\$ 100,00	R\$ 125,00



02.11.05.006-7 - Eletroneuromiograma	R\$ 27,00	R\$ 100,00	R\$ 127,00
02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 48,16	R\$ 120,00	R\$ 168,16
02.11.02.004-4 - Holter 24hs	R\$ 30,00	R\$ 80,00	R\$ 110,00
02.04.03.018-8 - Mamografia bilateral para rastreamento	R\$ 45,00	R\$ 45,00	R\$ 90,00
02.11.02.005-2 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial (m.a.p.a)	R\$ 10,07	R\$ 60,00	R\$ 70,07
02.11.02.006-0 - Teste Ergométrico	R\$ 30,00	R\$ 80,00	R\$ 110,00
02.05.02.003-8 - Ultrassom de abdômen superior	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.005-4 - Ultrassom de abdômen total	R\$ 37,95	R\$ 45,00	R\$ 82,95
02.05.02.005-4 - Ultrassom de aparelho urinário	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.006-2 - Ultrassom de articulação	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.007-0 - Ultrassom de bolsa escrotal	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.010-00 - Ultrassom de próstata por via abdominal	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.011-9 - Ultrassom de próstata por via trans retal	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.012-7 - Ultrassom de tireoide	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.009-7 - Ultrassom mamária bilateral	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.016-018-6 - Ultrassom pélvica	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.02.018-6 - Ultrassom transvaginal	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20
02.05.01.005-9 - Ultrassom doppler de fluxo obstétrico	R\$ 42,90	R\$ 45,00	R\$ 87,90
02.05.01.004-0 - Ultrassom doppler colorido de vasos	R\$ 39,60	R\$ 100,00	R\$ 139,60



02.05.01.004-0 - Ultrassondoppler de carótidas	R\$ 39,60	R\$ 100,00	R\$ 139,60
02.09.04.004-1 - Nasovideolaringoscopia	R\$ 45,50	R\$ 55,50	R\$ 100,00
02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia	R\$ 45,50	R\$ 55,50	R\$ 100,00
02.05.02.014-3 - Ultrassonografia obstétrica	R\$ 24,20	R\$ 45,00	R\$ 69,20

EXAMES DE RESSONÂNCIA – TABELA SUS + COMPLEMENTO

EXAME	TABELA SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.07.03.001-4 - Abdome superior	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.03.002-2 - Abdome total (bacia /pelve)	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.01.001-3 - Angio ressonância Cerebral	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.01.002-1 - Articulação	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.01.01.054-2 - Biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada / ultrassonografia / ressonância magnética / raio x	R\$ 97,00	R\$ 100,00	R\$ 197,00
02.07.01.003-0 - Coluna cervical / pescoço	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.01.004-8 - Coluna lombo-sacra	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.01.005-6 - Coluna torácica	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.01.006-4 - Crânio	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.03.003-0 - Membro inferior	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75



02.07.03.003-0 - Membro superior	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.01.007-2 - Sela Túcica	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.07.02.003-5 - Tórax	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75
02.04.03.004-9 - Vias Biliares /Colangiorressonância	R\$ 268,75	R\$ 100,00	R\$ 368,75

EXAMES DE RADIOGRAFIA – TABELA SUS + COMPLEMENTO

EXAME	TABELA SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.04.05.013-8 - Abdômen simples	R\$ 7,17	R\$ 27,00	R\$ 34,17
02.04.04.001-9 - Antebraço	R\$ 6,42	R\$ 27,00	R\$ 33,42
02.04.04.002-7 - Articulação acrômio-clavicular	R\$ 7,40	R\$ 27,00	R\$ 34,40
02.04.06.006-0 - Articulação coxofemoral	R\$ 7,77	R\$ 27,00	R\$ 34,77
02.04.04.003-5 - Articulação escapulo-umeral	R\$ 7,40	R\$ 27,00	R\$ 34,40
02.04.06.007-9 - Articulação sacro-ilíaca	R\$ 7,77	R\$ 27,00	R\$ 34,77
02.04.06.009-5 - Bacia	R\$ 7,77	R\$ 27,00	R\$ 34,77
02.04.04.005-1 - Braço	R\$ 7,77	R\$ 27,00	R\$ 34,77
02.04.06.010- 9 - Calcâneo	R\$ 6,50	R\$ 27,00	R\$ 33,50
02.04.01.006-3 - Cavum (lateral + hirtz)	R\$ 6,88	R\$ 27,00	R\$ 33,88
02.04.04.006-10 - Clavícula	R\$ 7,40	R\$ 27,00	R\$ 34,40
02.04.02.004-2 - Coluna cervical	R\$ 8,19	R\$ 27,00	R\$ 35,19

02.04.02.006-9 - Coluna lombo-sacra	R\$ 10,96	R\$ 27,00	R\$ 37,96
02.04.02.009-3 - Coluna torácica	R\$ 9,16	R\$ 27,00	R\$ 36,16
02.04.02.010-7 - Coluna toracolombar	R\$ 9,73	R\$ 27,00	R\$ 36,73
02.04.04.007-8 - Cotovelo	R\$ 5,90	R\$ 27,00	R\$ 32,90
02.04.06.011-7 - Coxa	R\$ 8,94	R\$ 27,00	R\$ 35,94
02.04.05.001-6 - Crânio	R\$ 9,15	R\$ 27,00	R\$ 36,15
02.04.05.004-3 - Densitometria óssea duo-energética de coluna	R\$ 55,10	R\$ 27,00	R\$ 82,10
02.04.06.012-5 - Joelho	R\$ 6,78	R\$ 27,00	R\$ 33,78
02.04.04.009-4 - Mão	R\$ 6,30	R\$ 27,00	R\$ 33,30
02.04.04.010-8 - Mão e punho	R\$ 6,00	R\$ 27,00	R\$ 33,00
02.04.06.015-0 - Pé e dedos do pé	R\$ 6,78	R\$ 27,00	R\$ 33,78
02.04.06.016-8 - Perna	R\$ 8,94	R\$ 27,00	R\$ 35,94
02.04.06.019-5 - Punho	R\$ 6,91	R\$ 27,00	R\$ 33,91
02.05.02.022-5 - Seios da face	R\$ 7,32	R\$ 27,00	R\$ 34,32
02.04.02.026-4 - Tíbio-tarsica	R\$ 6,50	R\$ 27,00	R\$ 33,50
02.04.03.015-3 - Tórax	R\$ 9,50	R\$ 27,00	R\$ 36,50



VALORES DE REFERÊNCIA PARA PAGAMENTO AOS SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA:

PORTE	VALOR EM R\$	30% URGÊNCIA	VALOR TOTAL
1	169,34	50,8	220,14
2	246,32	73,9	320,22
3	363,7	109,11	472,8
4	538,83	161,65	700,48
5	833,26	249,98	1.083,24
6	1.164,23	349,27	1.513,50
7	1.654,93	496,48	2.151,41
8	2.184,15	655,24	2.839,39

ANEXO IV

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

PESSOA FÍSICA

Eu _____,
portador(a) da carteira de identidade n.º _____, e do CPF n.º _____,
com endereço em _____, na cidade de _____/_____, CEP: _____/_____, com telefone (____) _____ - WhatsApp/Telegram (S) - (N) disponível para notificações e contato, vem requerer, à Comissão Especial de Avaliação de Credenciamento, o credenciamento da pessoa acima identificado (a), para prestação de serviços junto a Secretaria Municipal de Saúde de Inhumas, nos termos do EDITAL n.º 01/2023 de credenciamento, publicado no Placar da Prefeitura Municipal de Inhumas, para a vaga de _____ com carga horária de _____ mediante remuneração de R\$ _____ () por plantão () por mês ou () consultas.

Declaro (em caso de plantão/consultas) que tenho a disponibilidade de realizar n.º _____ de plantões ou consultas por mês.

Estou ciente de todas as condições impostas pelo Edital de Credenciamento 01/2023 e seus anexos e concordo com elas, inclusive que a presente contratação não gera qualquer vínculo empregatício com o Município, não me garantido os direitos constitucionais a férias e décimo terceiro salário, uma vez que estarei prestando meu serviço como profissional autônomo.

Em vista do solicitado, anexamos ao presente à documentação exigida pelo Edital. Nestes termos pede deferimento,

Inhumas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA



ANEXO V

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

(Para atendimento como Pessoa Jurídica nas Unidades de Saúde)

A empresa _____, inscrita no CNPJ _____, com sede na _____, na cidade de _____/_____, CEP: _____-_____, com telefone (____) _____, representada (o) por _____, portador(a) da carteira de identidade n.º _____ e do CPF n.º _____, vem requerer, a Comissão Especial de Avaliação de Credenciamento, o credenciamento da empresa acima identificada para prestação de serviços a Secretaria Municipal de Saúde de Inhumas, nos termos do **EDITAL N.º 001/2023** de credenciamento, publicado no Placar da Prefeitura de Inhumas, na vaga para _____, com carga horária de _____ mediante remuneração de R\$ _____ () por plantão () por mês ou () consultas.

Declaro ainda que tenho a disponibilidade de realizar n.º _____ plantões/consultas por mês (se for o caso).

Estou ciente de todas as condições impostas pelo Edital de Credenciamento 001/2023 e seus anexos e concordo com elas, inclusive que a presente contratação gera qualquer vínculo empregatício com o Município, não me garantido os direitos constitucionais a férias e décimo terceiro salário, uma vez que estarei prestando meu serviço como profissional autônomo.

Em vista do solicitado, anexamos ao presente à documentação exigida pelo Edital. Nestes termos pede deferimento,

Inhumas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA



ANEXO VI

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

(Habilitação de Estabelecimento de Saúde - Hospital, clínica ou Laboratório)

PESSOA JURÍDICA

A empresa _____
_____, inscrita(o) no CNPJ _____,
com sede na _____
_____, na cidade de _____/_____, CEP: _____-_____,
portador(a) da carteira de identidade n.º _____, e do CPF n.º _____,
vem requerer, a Comissão Especial de Avaliação de Credenciamento, o
credenciamento da empresa acima identificada para prestação de serviços a Secretaria Municipal
de Saúde de Inhumas, nos termos do **EDITAL N.º 001/2023** de credenciamento, publicado no
Placar da Prefeitura de Inhumas, ITEM N.º _____.

Atesto que a capacidade de produção de meu estabelecimento é de até
R\$ _____ mensal, considerando tabela de procedimentos e os serviços que
disponho para ofertar.

Em vista do solicitado, anexamos ao presente à documentação exigida pelo Edital.

Termos em que, pede deferimento

ASSINATURA

ANEXO VII
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

PESSOA JURÍDICA

A empresa _____
_____, inscrita no CNPJ n.º _____, com sede na
_____ na
cidade de _____/_____, CEP: _____-_____ por intermédio de seu(ua)
representante legal o(a) Sr.(a) _____,
portador(a) da carteira de identidade n.º _____ e do CPF n.º
_____, **DECLARA**, sob pena da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a
empresa acima citada, que não foi declarada inidônea e não está impedida de contratar com o Poder
Público Federal, Estadual e Municipal de qualquer esfera ou suspensão de contratar com a
administração, nem mesmo seus sócios, e que se compromete a comunicar a ocorrência de fatos
supervenientes, bem como não possui em seu quadro pessoal qualquer servidor efetivo ou
comissionado ou empregado do Município de Inhumas, exercendo funções técnicas, gerenciais,
comerciais, administrativas ou societárias.

Inhumas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA



ANEXO VIII

DECLARAÇÃO NÃO EMPREGA MENOR

PESSOA JURÍDICA

A empresa _____
_____, inscrita no CNPJ n.º _____, com sede na
_____ na cidade de
_____/_____, CEP _____ por intermédio de seu(ua)
representante legal o(a) Sr.(a) _____
_____, portador(a) da carteira de identidade n.º _____ e do CPF
_____, **DECLARA**, para fins do disposto no para fins do disposto no inciso VI,
art. 68 da Lei nº 14.133/21, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno,
perigoso ou insalubre salvo na condição de aprendiz a partir de quatorze anos, nos termos da
legislação específica.

Inhumas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

ANEXO IX
DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

PESSOA FÍSICA

De conformidade com os incisos XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal do Brasil e da Instrução Normativa nº 10/2015 do Tribunal de Contas dos Municípios, eu _____, inscrito(a) no CPF: _____, com endereço em _____, na cidade de _____/_____, CEP: _____-_____, de acordo com as normativas acima, declaro, responsabilizando-me penal e administrativamente por qualquer falsidade, incorreção ou omissão, que na esfera Federal, Estadual e Municipal, seus poderes, na Administração Direta, Sociedade de Economia Mista, Empresa, Fundações e Autarquias;

- (a) ☐ Não ocupo qualquer cargo, função ou emprego público.
- (b) ☐ Ocupo o(s) seguinte(s) cargo(s) função ou emprego(s) público(s):

Cargo: _____

Órgão: _____

Lotação: _____

Forma de provimento: ☐ efetivo ☐ comissão ☐ contrato temporário/credenciamento

Município: _____ UF: _____

Carga Horária de Trabalho: _____

- (c) ☐ Estou aposentado(a) em outro cargo/emprego público.

Inhumas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

ANEXO X

DECLARAÇÃO SE É PROPRIETÁRIO, ADMINISTRADOR E/OU DIRIGENTE DE ENTIDADES E/OU SERVIÇOS CREDENCIADOS E/OU CONVENIADOS COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

PESSOA FÍSICA

Eu, _____
inscrito(a) _____ no CPF _____, com endereço
em _____ na
cidade de _____/_____, CEP: _____-_____, DECLARO que () SOU OU ()
NÃO SOU proprietário(a), administrador(a) ou dirigente de entidades, ou serviços contratados,
ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.

*** Em caso afirmativo, favor descrever a entidade.**

Nome da entidade: _____

CNPJ: _____

Município: _____ Estado: _____

Inhumas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

ANEXO - XI

MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Nº ____/____.

Edital de Credenciamento 01/2023. As partes abaixo identificadas têm, entre si, justas e acertado os termos do contrato termos abaixo, conforme disciplina a Lei nº 8.666/93

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE INHUMAS, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Av. Wilson Quirino de Andrade Qd 1, N 450, Bairro Anhanguera I, Inhumas/GO - CEP: 75.407-530, inscrito no CNPJ sob nº 07.222.467/0001-25, neste ato representado, por sua gestora Patrícia Palmeira de Brito Fleury, inscrita no CPF 003.981.471-83, podendo ser encontrada na sede da Secretaria Municipal de Saúde, nesta Cidade, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com a Lei nº 14.133/2021 e suas alterações, instrumento doravante denominado CREDENCIANTE, e de outro lado, _____, neste ato denominado (a) CREDENCIADO, com amparo na Lei Federal nº 14.133/2021 e na Resolução Normativa nº 0001/17, do Tribunal de Contas dos Municípios, convencionam a prestação de serviços por credenciamento nas condições definidas nas cláusulas seguintes:

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- I. O credenciamento de que trata este CONTRATO obedece ao estabelecido na Lei para profissionais e prestadores de serviços por prazo determinado, bem como fica reconhecida a situação de inexigibilidade de licitação, com fundamento no caput do art.74 e demais dispositivos aplicáveis, da Lei 14.133, de 01 de abril de 2021.

CLAÚSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

- I. O CREDENCIADO como profissional liberal, de forma autônoma, prestará serviços _____ (informar cargo de ocupação, local que será exercida a função) com carga horaria de ____ horas, a partir de sua assinatura.
- II. O Termo de Referência, seus anexos e a documentação do credenciado apresentada são partes integrantes do presente instrumento de contrato como se aqui transcritos estivessem.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONDIÇÃO DE EXECUÇÃO

- I. O (A) CONTRATADO (A) deverá atender os pacientes com elevado padrão de eficiência e estrita observância à legislação que trata da relação de consumo e da ética profissional, utilizando todos os recursos e meios disponíveis, com os mesmos padrões conforme dispensados aos demais pacientes, sendo-lhe vedado qualquer tipo de discriminação;
- II. Dado à delicadeza dos serviços a serem prestados e executados, o (a) CONTRATADO (A) não comparecendo para atendimento, dentro do período determinado pela coordenação responsável, não terá direito ao recebimento dos dias faltosos ou reclamações.
- III. Executar pessoalmente o objeto contratado, não o transferir, no todo ou em parte, a terceiros.
- IV. Informar a Secretaria de Saúde qualquer irregularidade com o atendimento dos pacientes.
- V. O profissional credenciado poderá vir a assumir a responsabilidade de acompanhar/supervisionar estagiários de estágio NÃO OBRIGATÓRIO, sem qualquer ônus à contratante.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PAGAMENTO

- I. O (A) CONTRATADO (A) será remunerado (a) com obediência no teto máximo estimado em contrato, conforme valores previstos pelas tabelas, definidos pelo gestor do Fundo Municipal de Saúde.
- II. II. O (A) CONTRATADO (A) receberá pelos serviços prestados o valor de R\$ ____ (____);
- III. III. O valor global do presente contrato para prestação de serviços pelo período ora contratado é de R\$ ____ (____);
- IV. Efetuar o pagamento ao credenciado (a) até o 30º dia do mês subsequente a prestação do serviço, para o profissional que trabalha na unidade de saúde do município ou até o 30º dia do fechamento do faturamento, conforme o calendário do Ministério da Saúde, para os prestadores conveniados;
- V. O pagamento será feito via ordem bancária, preferencialmente creditado na instituição bancária eleita pelo (a) CONTRATADO (A), que deverá indicar o número de conta e banco;
- VI. Sobre o valor do crédito previsto a ser pago, será observado o que estabelecem as legislações vigentes quanto aos procedimentos de recolhimento e fiscalização relativos aos encargos previdenciários;

- VII. Qualquer erro ou omissão ocorrido na documentação fiscal será motivo de correção por parte do (a) CONTRATADO (A) e haverá, em decorrência, suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado;
- VIII. (A) CONTRATADO (A) receberá os valores referentes a prestação de serviços na equivalência dos serviços realizados, observado o estabelecido neste contrato e ao teto mensal máximo;
- IX. Em caso de reajuste da tabela de valores de serviços e aprovada através de resolução do Conselho Municipal de Saúde, não haverá revisão para os serviços já executados;

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- I. Os recursos para o pagamento das despesas advêm do Tesouro Federal e Municipal oriundo das Dotações Orçamentárias:

DESCRIÇÃO	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	DESPESA	FICHA	FONTE

Of presente contrato terá sua vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, a contar da data da assinatura até 31 de dezembro de 2023, podendo ser prorrogado caso haja interesse entre as partes, na forma do art. 105 Lei 14.133/2021.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- I. I - Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços por meio de servidor especialmente designado (Gestor de Contrato), informando ao contratado (a) as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas;
- II. II - Efetuar pagamento ao contratado (a) de acordo com as condições de preço, prazos estabelecidos e serviços prestados;
- III. III - Prestar informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos interessados no credenciamento;
- IV. IV - Divulgar em local visível, junto as Unidades de Saúde, planilha com nome e escala de trabalho dos profissionais;
- V. V - Estabelecer as normas de atendimento, manual de orientação ao Credenciado e instruções normativas;

CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DO (A) CONTRATADO (A)

- I. O CREDENCIADO se obriga a cumprir as normas de funcionamento na prestação dos serviços estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
- II. O CREDENCIADO se obriga a atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação do serviço.
- III. O CREDENCIADO se obriga a não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- IV. Cumprir a jornada de trabalho conforme carga horaria da função credenciada, podendo assumir carga extraordinária em razão do afastamento temporário de outro credenciado ou servidor efetivo.
- V. Desempenhar suas funções onde a Secretaria entender mais conveniente a Administração, não tendo qualquer vinculação fixa ao local de trabalho.
- VI. Comunicar a outra parte no mínimo 30 (trinta) dias a sua intenção/impedimento de permanecer no vínculo estabelecido.
- VII. O CREDENCIADO se compromete a preencher corretamente todos os expedientes em todos os campos e com letra legível.
- VIII. O CREDENCIADO se compromete a colaborar com o controle da prestação de serviços, com registro de frequência (digital, mecânico ou manual), controle e fiscalização da execução contratual e apuração do valor devido com base em comprovantes da efetiva prestação dos serviços colaborando com a boa gestão dos recursos públicos.
- IX. O CREDENCIADO se obriga a frequentar os cursos de capacitação profissional oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde
- X. O CREDENCIADO se obriga a zelar pela qualidade dos serviços prestados, obrigando-se ainda a manter, durante toda a vigência do Termo de Credenciamento, as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.
- XI. Se, no decorrer da vigência do Credenciamento, comprovar-se a má qualidade na prestação dos serviços, obriga-se o CREDENCIADO a refazê-los, sem qualquer custo adicional para o Fundo Municipal de Saúde de Inhumas.
- XII. O CREDENCIADO é responsável pelos danos eventualmente causados ao Fundo Municipal de Saúde de Inhumas, decorrente de sua culpa ou dolo na execução das obrigações decorrentes do instrumento contratual, sem que tal responsabilidade seja excluída ou reduzida pela fiscalização e pelo acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde de Inhumas.
- XIII. Nos casos de suspeita de erro ou negligência profissional o caso será encaminhado ao Conselho Regional da categoria para a decisão e aplicação da pena admissível, sem

prejuízo das penalidades Administrativas e/ou judiciais cabível previstas ou não no Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA SETIMA – DAS PENALIDADES

- I. O não cumprimento ou cumprimento parcial, ou ainda a ocorrência de qualquer irregularidade na prestação dos serviços, por parte do CONTRATADO, ensejará aplicação de multa correspondente a 2% (dois por cento) do valor mensal do contrato, para cada notificação expressamente formalizada, independente da possibilidade de rescisão contratual.
- II. Aplicação da multa prevista no item anterior poderá ocorrer somente (três) vezes, sendo que a quarta notificação implicará a obrigatória rescisão contratual e aplicação das demais sanções legais previstas;
- III. O CONTRATADO ficará sujeito às penalidades previstas na Lei nº 14.133/21 e alterações, nos casos não previstos neste edital;
- IV. Pelo não cumprimento total ou parcial do objeto contratado o CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa do contratado, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, aplicar multa prevista neste edital juntamente com as seguintes sanções:
 - Advertência;
 - Suspensão temporária de trabalho com desconto no pagamento dos dias suspensos;
 - Declaração de inidoneidade para credenciar e contratar com a Administração enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.
- V. As sanções previstas neste edital poderão ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, observando-se a gravidade da infração, facultada o contraditório e a ampla defesa;
- VI. A responsabilidade de se aplicar as sanções previstas neste edital é do coordenador, diretor ou responsável pelo setor onde o contratado presta serviço.

CLÁUSULA OITAVA – DO CANCELAMENTO DO CREDENCIAMENTO

- I. O Fundo Municipal de Saúde poderá realizar o descredenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e descumprimento das normas fixadas no edital e na legislação pertinente.
- II. Caso o contratado transfira, no todo ou em parte, as obrigações decorrentes deste instrumento sem prévia anuência do FMS;



- III. Se o contratado deixar de cumprir, total ou parcialmente, as obrigações de seu contrato;
- IV. Desatender às determinações do FMS, no exercício de suas atribuições de acompanhamento e fiscalização da execução do contrato;
- V. Cometer, reiteradamente, faltas na execução do contrato;
- VI. Em caso de situações em que torne impossível a sua continuidade, tais como a insuficiência de recursos financeiros e/ou fim do convênio com o órgão responsável pelo repasse da verba, será comunicado previamente pelo CREDENCIANTE, mediante aviso ao CREDENCIADO;
- VII. Aplicam-se ainda os motivos de rescisão previstos nos arts. 137, 138 e 139 da Lei 14.133/21 e alterações posteriores;
- VIII. Será cancelado o credenciamento a pedido do interessado, quando comprovar que está impossibilitado de cumprir as exigências contratuais, em decorrência de caso fortuito ou de força maior;

CLÁUSULA NONA – DAS ALTERAÇÕES

- I. Qualquer alteração deste Contrato só poderá ser efetuada mediante Termo Aditivo;
- II. O (A) CONTRATADO (A) fica obrigado (a) a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos que se fizerem necessários na prestação de serviços, objeto deste contrato, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, em observância ao art. 125, da Lei 14.133/21. As supressões acima deste percentual poderão ocorrer mediante acordo entre as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA– DISPOSIÇÕES GERAIS

- I. O (A) CONTRATADO (A) se obriga a apresentar, a qualquer tempo, documentos julgados necessários pela CONTRATANTE, referente à sua vida profissional, civil e criminal;
- II. Em casos de dúvidas de como proceder, o (a) CONTRATADO (A) deverá sempre recorrer a CONTRATANTE a fim de conseguir instruções;
- III. É vedado ao CONTRATADO (A) cobrar dos pacientes qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos;
- IV. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei nº 14.133/21, nos princípios do Direito Público e subsidiariamente em outras leis que se prestem a suprir eventuais lacunas;

- V. A fiscalização ou acompanhamento de execução do contrato pela CONTRATANTE não exclui nem reduz a responsabilidade do (a) CONTRATADO (A).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

- I. O Foro do presente contrato é o da cidade de Inhumas com renúncia expressa de qualquer outro por mais privilegiado que seja. E, por estar assim justos e acordados com tudo o que aqui foi expresso, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais necessários.

Inhumas, ____ de _____ de 2023.

PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY

Gestora do Fundo Municipal de Saúde

CREDENCIADO (A)

(Assinatura)

TESTEMUNHAS:

NOME: _____

CPF: _____

NOME: _____

CPF: _____