

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 007/2024

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 007/2024 DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE MÉDICO PLANTONISTA, DIRETOR DO HOSPITAL, MÉDICO ESF, MEDICO CLINICO GERAL ATENDIMENTO DOMICILIAR, MÉDICO ESPECIALISTA EM: UROLOGIA, GERIATRIA, ENDOCRINOLOGIA, PSIQUIATRIA, GINECOLOGIA, CARDIOLOGIA, FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, ENFERMEIRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, FARMACÊUTICO, ODONTOLOGIA, AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL, PERITO, PEDIATRIA, NEUROLOGIA, CIRURGIÃO GERAL, DERMATOLOGIA, ODONTOPEDIATRIA, VETERINÁRIA E RT, AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA, INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO, LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, CLÍNICA DE EXAMES DE IMAGEM, LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA PARA CONFEÇÃO E MANUTENÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS GERAL E DIVERSAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DE SANTA ROSA DE GOIÁS-GO, CONFORME DESCRIÇÃO, ESPECIFICAÇÕES E QUANTIDADE CONSTANTES NO TERMO DE REFERÊNCIA EM ANEXO NO EDITAL.**

O Fundo Municipal de Santa Rosa de Goiás, Estado de Goiás, por meio da **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua 01, Qd. 01, Lt. 08, Residencial Batista, Santa Rosa de Goiás, Goiás, inscrito no CNJP (MF) n. 11.087.455/0001-02, representado pela atual gestora Sra. **MARIA AUGUSTA ALVES DE BRITO**, com poderes constituídos por meio do Decreto Municipal nº. 003/2021 de 04 de janeiro de 2021, delegando poderes ao Agente de Contratação com poderes constituídos por meio do Decreto Municipal 106/2023 a darem prosseguimento ao processo de contratação por meio de credenciamento no uso de suas atribuições legais previstas na Lei Orgânica do Município de Santa Rosa de Goiás de 05 de abril de 1990, na Lei 14.133/21 e suas alterações, Instrução Normativa n. 008/2023 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás e demais legislações pertinentes, e dos princípios constitucionais que regem os atos da Administração Pública e do presente edital, **TORNA PÚBLICO**, aos interessados o Chamamento Público para o Credenciamento de Prestação de Serviços em Saúde para comporem o sistema Municipal de Saúde do Município de Santa Rosa de Goiás-GO, Estado de Goiás, a partir do dia **20 de dezembro de 2024 a 31 de Dezembro de 2025** a apresentarem sua documentação nos termos constantes deste Edital.

### 1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. O Edital e seus anexos poderão ser obtidos na internet por meio da página da Prefeitura Municipal: <https://santarosa.go.gov.br/> e fixados no *placard* da Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Goiás - Goiás.

1.2. Os períodos das inscrições serão pelo prazo de duração do edital, ou seja, **12 (doze) meses**, iniciando o prazo a partir da publicação do Edital, podendo ser prorrogado por igual período. A documentação prevista para o credenciamento e seus anexos, deverá ser encaminhado à Equipe de licitação, através do email [licitasantarosa2024@gmail.com](mailto:licitasantarosa2024@gmail.com), dentro do prazo de validade do Edital.

1.3. Após a análise inicial que será realizada conforme previsto neste Edital, o credenciamento estará permanentemente aberto aos interessados, dentro do prazo de validade do Edital.

## 2- DO OBJETO

2.1 O objeto deste Edital é para **CREDENCIAMENTO DE MÉDICO PLANTONISTA, DIRETOR DO HOSPITAL, MÉDICO ESF, MEDICO CLINICO GERAL ATENDIMENTO DOMICILIAR, MÉDICO ESPECIALISTA EM: UROLOGIA, GERIATRIA, ENDOCRINOLOGIA, PSIQUIATRIA, GINECOLOGIA, CARDIOLOGIA, FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, ENFERMEIRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, FARMACÊUTICO, ODONTOLOGIA, AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL, PERITO, PEDIATRIA, NEUROLOGIA, CIRURGIÃO GERAL, DERMATOLOGIA, ODONTOPEDIATRIA, VETERINÁRIA E RT, AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA, INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO, LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, CLÍNICA DE EXAMES DE IMAGEM, LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA PARA CONFEÇÃO E MANUTENÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS GERAL E DIVERSAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DE SANTA ROSA DE GOIÁS-GO, CONFORME DESCRIÇÃO, ESPECIFICAÇÕES E QUANTIDADE CONSTANTES NO TERMO DE REFERÊNCIA EM ANEXO NO EDITAL**, conforme as necessidades para a vigência durante o exercício de 2025, podendo ser prorrogado por igual período.

2.2 Os interessados sendo declarado pessoa jurídica credenciada deverá apresentar o prestador de serviços em saúde sendo seu representante legal ou sócio legalmente constituído) de forma complementar pelo período de vigência do Termo de Credenciamento, a partir da data de assinatura.

2.3 O profissional credenciado prestará o serviço junto à Rede Municipal de Saúde do município, podendo a qualquer tempo da vigência do contrato, sem aviso prévio, ser designado pelo FMS para execução de suas atividades em outro local, a depender dos interesses e necessidades verificadas pela administração.

## 3- DOS REQUISITOS E CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1. 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.

3.2 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.

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

3.4. Em nenhuma hipótese, haverá a devolução das cópias dos documentos apresentados.

3.5. 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.

## 4- DOS DOCUMENTOS PARA CADASTRO, CONTRATAÇÃO E/OU CREDENCIAMENTO.

4.1 Os profissionais interessados deverão para cadastramento e eventual contratação e/ou credenciamento como **pessoa física ou pessoa jurídica**, apresentar toda a documentação exigida no presente edital através do e-mail [licitasantarosa2024@gmail.com](mailto:licitasantarosa2024@gmail.com).

4.2 O postulante ao credenciamento que não estiver devidamente inscrito no Conselho Profissional não poderá ser credenciado. Aquele que possuir registro em conselho diverso da

região do Estado de Goiás, terá o prazo de 90 dias para regularizar a situação.

#### **4.3 A relação de documentos de habilitação para pessoas físicas e jurídicas encontra-se disponível no Anexo I.**

4.3.1. A documentação de que trata o “item 4.3” deverá 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. Sendo a documentação da interessada indeferida, esta, caso queira, poderá enviar novo e-mail com toda a documentação solicitada e exigida no Edital.

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

### **5- DA AVALIAÇÃO E DO CREDENCIAMENTO**

5.1 Para habilitar ao credenciamento, o interessado, deverá apresentar junto ao Agente de Contratação através do e-mail descrito no “item 4” todos os documentos necessários mencionados neste Edital, para oportunamente formalizar a contratação de acordo com as especialidades/atividades previstas neste Edital compatibilizando-se às necessidades das unidades de saúde do município e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros do FMS.

§1º - somente serão credenciados os profissionais/empresas que comprovarem a habilitação exigida neste Edital.

§2º - a inscrição no processo de credenciamento implica na manifestação do interessado em participar do processo de contratação junto ao FMS, e ainda aceitação e submissão, independente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital.

§3º - recepcionado os pedidos de cadastramento, a SMS promoverá a para atendimento aos serviços almejados pela Secretaria de Saúde, convocando os interessados que atenderam o Edital e a necessidade do FMS dentre os cadastrados, para assinar o competente termo de credenciamento.

§4º - A remuneração dos serviços credenciados respeitará os valores previstos em anexo do presente edital.

### **6- DO JULGAMENTO E PRAZO RECURSAL**

6.1 O julgamento do pedido de credenciamento será realizado em até 10 (dez) dias úteis exceto feriado e ponto facultativo, contados da data do encaminhamento via e-mail [licitasantarosa2024@gmail.com](mailto:licitasantarosa2024@gmail.com), pelo Agente de Contratação e Equipe de Apoio, e obedecerá ao seguinte:

I – O indeferimento do pedido, devidamente fundamentado, importa em perda do direito ao credenciamento;

II – A relação com os nomes dos (as) CREDENCIADOS (AS) será afixada no Placar da Prefeitura de Santa Rosa de Goiás/GO e site da prefeitura: <https://santarosa.go.gov.br/>;

III – Os interessados terão o prazo máximo de 03 (TRÊS) 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;

IV – Os recursos deverão ser encaminhados através do e-mail [licitasantarosa2024@gmail.com](mailto:licitasantarosa2024@gmail.com);

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

VI – Os recursos serão julgados pelo Agente de Contratação e Equipe de Apoio e encaminhado ao interessado via resposta email e o resumo do resultado será publicado Placar da Prefeitura de Santa Rosa de Goiás/GO e site da prefeitura: <https://santarosa.go.gov.br/>

## **7- ATRIBUIÇÕES COMUNS**

7.1 Atuar de acordo com princípios de qualidade e ética, obedecendo aos princípios do SUS, aos protocolos científicos, e aos objetivos deste município;

7.2 Potencializar as habilidades técnicas e específicas da atribuição profissional buscando capacitação e formação continuada, e também habilidades de gestão e cognição por meio do trabalho em equipe e polivalência;

7.3 Cumprir a prestação de serviços de acordo com o contrato celebrado.

7.4 Zelar pela organização de seu local de trabalho;

7.5 O **Credenciado** será responsabilizado pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo dos serviços executados;

## **8- DAS NORMAS DE CONTRATAÇÃO OU CREDENCIAMENTO**

8.1 Na assinatura do Termo de Credenciamento, conforme modelo constante nos **Anexos IV e V - MINUTAS DE TERMO DE CREDENCIAMENTO**, o proponente deverá apresentar toda a documentação;

8.2 Os requisitos de contratação, as atribuições genéricas e dos serviços são constantes nos Anexos II.

8.3. A convocação dos credenciados para a comunicação dos serviços será feita por meio de notificação via telefone, e-mail e publicação no Placar da Prefeitura de Santa Rosa de Goiás e site da prefeitura: <https://santarosa.go.gov.br/> para o comparecimento;

8.4 Após a convocação para assinatura do contrato os credenciados terão o prazo de 02 (dois) dias úteis após a convocação;

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

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

8.6. O contrato terá vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, contados data de sua assinatura até 31/12/2025, podendo ser prorrogado.

8.7. OS (AS) CREDENCIADOS (AS) Pessoa Física não terão nenhum vínculo trabalhista com o Fundo Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás/GO, sendo um contrato de natureza de prestação de serviço.

8.8. OS (AS) CREDENCIADOS (AS) Pessoa Jurídica deverão arcar, no âmbito de suas respectivas responsabilidades de natureza jurídica e social, trabalhista, previdenciária, tributária, securitária, ou indenizatória, não possuindo qualquer vínculo empregatício com Fundo Municipal de Saúde.

8.9. O eventual inadimplemento pelo (a) CREDENCIADO (A) dos encargos previstos no item anterior não transfere a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás/GO a responsabilidade pelo seu pagamento e nem poderá onerar o objeto do Termo de

Credenciamento.

## **9- DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E OBRIGAÇÕES**

9.1 Os serviços serão executados no Município de Saúde do Município de Santa Rosa de Goiás-GO em local a ser designado;

9.2 Os serviços serão prestados, preferencialmente, na área da especialidade de cada credenciado, de acordo com as normas, necessidades e interesses da Administração, bem como deverá respeitar o perfil de atendimento da unidade de saúde na qual presta os serviços e atender às Resoluções e demais normas pertinentes.

9.3 O CREDENCIADO atenderá nos Estabelecimentos da Rede de Saúde Pública Municipal, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecendo às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO e os princípios e diretrizes do SUS (Código de Ética e Conselho de Classe).

9.4 O CREDENCIADO, na execução de suas atividades utilizará equipamentos, materiais e insumos existentes, devendo, portanto, zelar pelo bom manuseio e manutenção do equipamento no Estabelecimento de Saúde no qual estiver lotado, sendo de responsabilidade do CREDENCIANTE a manutenção, substituição e fornecimento dos mesmos.

9.5 O CREDENCIADO não poderá transferir os direitos, obrigações e atendimentos a terceiros, sem a anuência do CREDENCIANTE.

9.6 O CREDENCIADO não poderá efetuar qualquer tipo de cobrança de taxa ou diferenças aos pacientes atendidos, sob qualquer pretexto.

9.7 O CREDENCIADO, responderá pela solidez, segurança e perfeição dos serviços executados, sendo ainda responsável por quaisquer danos pessoais ou materiais, inclusive contra terceiros, ocorridos durante a execução dos serviços ou deles decorrentes.

9.8 O CREDENCIADO deverá apresentar quando do recebimento das faturas mensais de pagamento os comprovantes de regularidade: certidão negativa para com as Fazenda Pública Estadual, Federal, Municipal e Trabalhista, e no caso de pessoa jurídica também a de FGTS. (a não apresentação das devidas certidões acarretará no atraso do pagamento).

9.9 O CREDENCIADO deverá ter assiduidade e pontualidade com os horários estabelecidos pela coordenação de sua unidade, sob pena de advertência em caso de descumprimento, sem aviso prévio.

## **10- DO CONTROLE DE QUALIDADE E FISCALIZAÇÃO**

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

10.2. 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.

10.3. 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.

10.4. 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.



## **11- DAS PENALIDADES E SANÇÕES ADMINISTRATIVOS**

11.1 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.

11.2. 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.

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

11.4. 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.

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

11.6. A responsabilidade de se aplicar as sanções previstas neste edital é do fiscal do contrato ou responsável pelo setor onde o contratado presta serviço.

## **12- DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

12.1 O objeto deste Edital terá seu custo coberto com os recursos provenientes da Lei Orçamentária Anual do exercício de 2025, e correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

**04.01.10.301.0038.2068.3.3.90.34.03 / Fonte: 107**

**04.01.10.122.0038.2043.3.3.90.39.50 /Fonte: 102**

**04.01.10.302.0038.2067.3.3.90.34.03 /Fonte: 102**

**04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.03 /Fonte: 107**

**04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.03 /Fonte: 107**

**04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.03 /Fonte: 102**

**04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.03 /Fonte: 131**

12.2 Os contratados serão remunerados pelo valor bruto mensal, correspondente a carga horária proposta, descrito no Anexo II, que dispõe sobre as Tabelas de Serviços em Saúde, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO em **reunião extraordinária realizada, sendo a mesma parte integrante deste processo.**

12.3 O credenciado prestará serviços na condição de empresa/profissional autônomo, não configurando forma ou modalidade de vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos.

12.4 Quanto à responsabilidade tributária e de seguridade social, o administrador público realizará o recolhimento das contribuições sociais e impostos cabíveis na forma da lei. Repassando, ao credenciado, valor líquido já com os referidos descontos.

### **13 FORMA E CONDIÇÕES DO PAGAMENTO**

13.1. Os profissionais/empresas serão remunerados com obediência no teto mensal máximo estimado constante em contrato, conforme valores previstos no edital, definidos em tabela editada pelo Fundo Municipal de Saúde.

13.2. Os pagamentos acontecerão em até 15º (décimo quinto) dias úteis, do mês subsequente.

13.3. O pagamento será feito via ordem bancária, preferencialmente creditado na instituição bancária eleita pelo contratado (a).

13.4. 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.

13.5. 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.

13.6. 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.

13.7. 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 DA VIGÊNCIA DOS CONTRATOS**

14.1 As **pessoas jurídicas** credenciadas prestadoras de serviços, tipificado no Código Tributário Municipal, na atividade – Serviços de Saúde; quando possuir o seu domicílio tributário em outro município, mas que, venha a prestar serviços no município de Santa Rosa de Goiás – GO deverá ser **RETIDO** o tributo **ISS (Imposto Sobre Serviços)**, uma vez que, em regra, o tributo ISS **é retido no local onde o serviço é prestado**, neste caso no município de Santa Rosa de Goiás – GO.

14.2 Os valores para pagamento da prestação de serviços serão postos à disposição do credenciado, através de depósito em conta bancária dos credenciados, **em mês subsequente** àquele em que os serviços foram prestados.

14.3 Os profissionais/empresas serão remunerados por serviços prestados e nos valores e condições postas nos **Anexo II**.

### **15 DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE**

15.1. Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços por meio de servidor especialmente designado (gestor/fiscal de Contrato), informando ao contratado (a) as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas.

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

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

15.4. 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 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.

16.6. 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 Santa Rosa de Goiás-GO.

16.7. O CREDENCIADO é responsável pelos danos eventualmente causados ao Fundo Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás, 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 Santa Rosa de Goiás-GO

17.8. 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.

## **17 DO CANCELAMENTO DO CREDENCIAMENTO**

17.1. 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.

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

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

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

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

17.6. 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.

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

17.8. 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.



## **18 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

18.1. 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.

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

18.3. 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.

18.4. 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;

18.5. Os pedidos de esclarecimentos ou impugnações, deverão ser entregues, em envelope devidamente lacrado, na Rua Santa Rosa, nº339, Setor Santa Tereza, CEP 75.455.000 Santa Rosa de Goiás-GO ou através do e-mail: [licitasantarosa2024@gmail.com](mailto:licitasantarosa2024@gmail.com).

18.6. É vedado ao contratado cobrar dos pacientes qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos.

18.7. 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.

18.8. 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.

18.9. 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.

18.10. A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO/Departamento de Licitações e Contatos permanecerá à disposição dos interessados durante a vigência deste Edital para prestar esclarecimentos a respeito do mesmo, bem como recepcionar documentação dos interessados em contratação.

18.8 Caberá ao PROPONENTE o acompanhamento das informações disponíveis no site <https://santarosa.go.gov.br/> e na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO.

18.9 Fazem parte, integram e compõe o presente edital, os anexos como a seguir descritos e discriminados:

**Anexo I** – Relação de documentos obrigatórios para inscrição

**Anexo II** – Quadro com cargos atribuições e remuneração pessoa física e jurídica

**Anexo III** – Declaração de não proprietário, administrador ou direitante de entidades conveniadas.

**Anexo IV** – Carta Proposta e Declarações

**Anexo V** – Minuta Contratual.

Santa Rosa de Goiás-GO, 18 de dezembro de 2024.

KARINY FERREIRA RODRIGUES CARRIJO  
Agente de Contratação

<b>ANEXO I</b>
<b>RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA INSCRIÇÃO</b>

Os profissionais interessados deverão para cadastramento e eventual contratação e/ou credenciamento como **pessoa física ou jurídica**, apresentar **01 (uma) cópia**, através do e-mail [licitasantarosa2024@gmail.com](mailto:licitasantarosa2024@gmail.com)., dentro do prazo de validade do Edital, os seguintes documentos:

**DA DOCUMENTAÇÃO:**

**PESSOA FÍSICA:**

Documentos pessoais (RG e CPF);
Comprovante de inscrição no Conselho ou Órgão equivalente;
Comprovante de residencia emitido no máximo 03 (três) meses;
Certificado de Conclusão do Curso para área requerida;
Currículo Vitae ou lattes.
Diploma da especialidade pretendida, caso necessário;
Comprovante de Inscrição junto ao INSS ou apresentação de cópia do PIS ou PASEP;
Declaração que não exerce função pública ou de cumulação de cargos;
Prova de regularidade para com a Fazenda Federal relativa a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União e prova de regularidade perante o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, através de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – RFB ou pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN, conforme Portarias MF 358 e 443/2014;
Certidão Negativa ou Positiva com efeitos de Negativa de Débitos Estaduais, emitida pela Fazenda do Estado onde está sediada;
Certidão Negativa de débitos com o Município do interessado;
Certidão de Regularidade Trabalhista, conf. Lei nº 12.440/2011.

## PESSOA JURÍDICA:

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, com situação ativa, da empresa prestadora de serviços de saúde;
Contrato social e suas alterações ou documento equivalente;
Declaração de informação da opção tributária da empresa;
Documentos hábeis a comprovar a regularidade da empresa prestadora, quanto a sua constituição e seu representante legal, validade, certidões competentes, entre outros;
Carteira de identidade profissional, devidamente registrada no Conselho Regional de sua categoria, dos profissionais pertencentes ao quadro da empresa prestadora;
Diploma da Conclusão de seu respectivo curso superior e/ou da especialidade dos profissionais pertencentes ao quadro da empresa prestadora;
Cópia de carteira de entidade de classe dos profissionais pertencentes ao quadro da empresa prestadora;
Currículo <i>Vitae e lattes</i> ;
Comprovante de endereço (atualizado) da empresa prestadora;
Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);
Prova de regularidade com as Fazendas Estadual e Municipal relativa ao domicílio ou sede do licitante;
Prova de regularidade perante a Fazenda Federal relativa a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, através de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – RFB ou pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN, conforme Portarias MF 358 e 443/2014;
Certidão de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
Certidão de Regularidade Trabalhista, conf. Lei nº 12.440/2011.
Alvará de Funcionamento Atualizado. (exceto empresa individual)

## ANEXO II

### QUADRO COM OS SERVIÇOS E REMUNERAÇÃO PESSOA FISICA E JURIDICA.

Especialidade	Horas estimadas	Horas estimadas	Remuneração	Local	Descrição do Atendimento
<b>Médico (a) Cardiologista</b>	08 horas semanais	32 horas mensais	R\$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de cardiologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
<b>Médico (a) Endocrinologista</b>	08 horas semanais	32 horas mensais	R\$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de endocrinologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
<b>Médico (a) Geriatra</b>	08 horas semanais	08 horas mensal	R\$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de geriatria para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
<b>Médico (a) Psiquiatra</b>	08 horas semanais	32 horas mensais	R\$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de psiquiatria para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
<b>Médico (a) Urologista</b>	08 horas semanais	32 horas mensais	R\$ 2.400,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de Urologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
<b>Médico (a) Ginecologista</b>	08 horas semanais	16 horas mensais	R\$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de Ginecologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
<b>Médico Clínico Geral / Plantonista Hospital</b>					
Especialidade	Horas Estimadas		Remuneração	Local	Descrição dos serviços
<b>Médico (a) Clínico Geral Plantonista</b>	12 h/por plantão até 50 plantões mês		R\$ 1.000,00 por plantão	HMSR	Atendimento clínico-hospitalar, em regime de plantonista para pacientes de rede pública de saúde municipal.
<b>Médico (a) Clínico Geral Plantonista aos fins de semana</b>	12 h/por plantão até 10 plantões mês		R\$ 1.000,00 por plantão	HMSR	Atendimento clínico-hospitalar, em regime de plantonista para pacientes de rede pública de saúde municipal.
<b>Médico Cirurgião</b>	De acordo com a demanda		R\$12.000,00 Máx mensal	HMSR	Realizar serviços de pequenas cirurgias que são complementares de atenção à saúde pública, com



				melhoria do acesso de pacientes que necessitam dessa assistência médica
<b>Diretor técnico do hospital</b>	12 h/por plantão até 04 plantões mês	R\$ 1.100,00 por plantão	HMSR	Planejamento e supervisão do atendimento médico aos pacientes; Definição de políticas e estratégias para a gestão médica do hospital; Gerenciamento da equipe médica e de enfermagem; Participação em comissões de ética e de controle de infecções hospitalares; Estabelecimento de normas e protocolos clínicos; Participação em negociações com planos de saúde e órgãos públicos.

**Médico Atenção Básica / ESF**

<b>Especialidade</b>	<b>Horas Estimadas</b>	<b>Remuneração</b>	<b>Descrição dos serviços</b>	<b>Local</b>
Médico(a) ESF	40h/por semana	R\$ 20.000,00 MENSAL	Atendimento médico aos usuários do Programa Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Rosa de Goiás.	UBS
Médico clínico geral ESF para atendimento domiciliar	32h/por semana	R\$ 1.000,00 por cada 08h trabalhadas	Atendimento médico a pacientes que precisam de cuidados de saúde mais intensivos, mas estão em estabilidade clínica, necessitando assim de atendimento homecare.	UBS

**Outras especialidades:**

<b>Especialidade</b>	<b>Horas Estimadas</b>	<b>Remuneração</b>	<b>Descrição dos serviços</b>	<b>Local</b>
----------------------	------------------------	--------------------	-------------------------------	--------------

<b>Odontopediatria</b>	40h/semana	R\$ 6.000,00 MENSAL	Atendimento especializado na área de odontopediatria para os alunos de rede pública de educação.	Mundo Mágico
<b>Odontólogo (Consultório Ceo)</b>	40h/semana	R\$ 6.000,00 MENSAL	Atendimento especializado na área de odontologia geral para os pacientes do município na forma eletiva, urgência e emergência.	HMSR
<b>Fonoaudiólogo (a)</b>	40h/semana	R\$ 2.800,00 MENSAL	Atendimento especializado na área de fonoaudiologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.	UBS
<b>Odontólogo</b>	40h/semana	R\$ 6.000,00 MENSAL	Atendimento especializado na área de odontologia para os alunos de rede pública de educação.	Mundo Mágico
<b>Fisioterapeuta</b>	40h/semana	R\$ 2.800,00 MENSAL	Realização de atendimentos e procedimentos inerentes ao exercício privativo dos profissionais de fisioterapia.	Centro de reabilitação fisioterapia
<b>Psicólogo (a) Equipe Emulti</b>	40h/semana	R\$ 2.800,00 MENSAL	Realização de atendimentos e procedimentos inerentes ao exercício privativo dos profissionais de psicologia, no Programa Emulti.	UBS
<b>Farmacêutico (a)</b>	40h/semana	R\$ 2.800,00 MENSAL	Atendimento aos usuários da rede pública de saúde municipal/SUS, na farmácia hospitalar.	HMSR
<b>Veterinário (a) Equipe Emulti</b>	20h/semana	R\$ 2.800,00 MENSAL	Realização de atendimentos e procedimentos inerentes ao exercício privativo dos profissionais de veterinária, no Programa Emulti bem como coordenar e controlar os programas de zoonoses, assim como ainda realizar e responder as atividades que e de responsabilidade técnica do médico veterinário.	Epidemiologia
<b>Médico (a) Perito</b>	08h/mês	R\$2.500,00 MENSAL	Atendimento médico aos servidores municipais do município de Santa Rosa de Goiás.	UBS

<b>Enfermeiro (a) UBS</b>	40h/semanais caso o profissional não alcance a quantidade de hora semanal o mesmo receberá por horas realizadas o valor de R\$ 26,99 por hora, se ultrapassar a quantidade de hora estipulada receba o valor acima pelas horas a mais	R\$ 4.318,00 mensal de acordo com piso e quantidade de horas 40 semanais	Atendimento de enfermagem ambulatorial aos usuários do Programa Estratégia de Saúde da Família, bem como coordenador da Atenção Básica do Município de Santa Rosa de Goiás.	UBS
<b>Enfermeiro (a) HOSP</b>	40h/semanais caso o profissional não alcance a quantidade de hora semanal o mesmo receberá por horas realizadas o valor de R\$ 26,99 por hora, se ultrapassar a quantidade de hora estipulada receba o valor acima pelas horas a mais	R\$ 4.318,00 mensal de acordo com piso e quantidade de horas 40 semanais	Atendimento de enfermagem ambulatorial hospitalar na urgência e emergência bem como acompanhar o paciente regulado no transporte de urgência e emergência.	HMSR
<b>Técnico em Enfermagem UBS</b>	40h/semanais caso o profissional não alcance a quantidade de hora semanal o mesmo receberá por horas realizadas o valor de R\$ 18,89 por hora, se ultrapassar a quantidade de hora estipulada receba o valor acima pelas horas a mais	R\$ 3.022,00 mensal de acordo com piso e quantidade de horas 40 semanais	Atendimento de enfermagem ambulatorial e domiciliar aos usuários do Programa Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Rosa de Goiás.	UBS
<b>Técnico em Enfermagem HOSP</b>	40h/semana caso o profissional não alcance a quantidade de hora semanal o mesmo receberá por horas realizadas o valor de R\$ 18,89 por hora, se ultrapassar a quantidade de hora estipulada receba o valor acima pelas horas a mais	R\$ 3.022,00 mensal de acordo com piso e quantidade de horas 40 semanais	Atendimento de enfermagem ambulatorial hospitalar na urgência e emergência bem como acompanhar o paciente regulado no transporte de urgência e emergência.	HMSR
<b>Enfermeiro (a)</b>	12h por plantão Até 04 plantões mês	R\$ 200,00 POR PLANTAO	Atendimento de enfermagem ambulatorial e hospitalar	HMSR
<b>Técnico em Enfermagem</b>	12h por plantão Até 04 plantões mês	R\$ 160,00 POR PLANTAO	Atendimento de Tec de enfermagem ambulatorial e hospitalar	HMSR

<b>Laboratório de prótese dentária</b>	08h/semana	R\$ 11.250,00 MENSAL	Atendimento e confecção e manutenção próteses parciais removíveis, totais, fixas, sobre implantes, coroas, facetas e jaquetas entre outros com o mínimo de 20 próteses mensais.	IN LOCO
<b>Avaliação Neuropsicológica</b>	Até 04 avaliações mês composta por até 10 sessões	R\$ 2.800,00 cada avaliação	Realizar os testes específicos usando na avaliação neuropsicológica que avalia as funções executivas, atenção, concentração, aprendizado e memória, habilidades motoras, velocidade de processamento, habilidades matemáticas e de linguagem	IN LOCO
<b>Auxiliar da Saúde Bucal</b>	40h/semana	R\$ 1.650,00 MENSAL	Auxiliar o Odontólogo nos atendimentos ambulatoriais preparar	Consultório Mundo Magico
<b>Auxiliar da Saúde Bucal</b>	40h/semana	R\$ 1.650,00 MENSAL	Auxiliar o Odontólogo nos atendimentos ambulatoriais,	HMSR
<b>Instrumentador cirúrgico</b>	Conforme demanda máximo 10	R\$ 120,00 por cirurgia	Auxiliar o médico nos procedimentos cirúrgicos, assim como preparar centro cirúrgico e todo o material antes e depois de cada cirurgia.	HMSR
<b>Exames de imagem</b>	Mensal/máximo	R\$ 8.000,00	Credenciamento de serviços de diagnóstico por imagem e/ou com finalidade diagnóstica	IN LOCO
<b>Exames de laboratórios</b>	Mensal/máximo	R\$ 5.000,00	Credenciamento de serviços laboratoriais com finalidade diagnóstica	IN LOCO

### Relação de Exames de Imagem:

EXAMES USG	VALOR R\$
USG ABDOME SUPERIOR	100,00
USG ABDOME INFERIOR	100,00
USG ABDOME TOTAL	210,00
USG VIAS URINÁRIAS	120,00
USG MAMAS	120,00
USG OBSTÉTRICA	110,00
USG TIREÓIDE	100,00
USG TIREÓIDE COM DOPPLER	200,00
USG ARTICULAÇÕES CADA LADO	100,00
USG TRANSRETAL	110,00
USG TRANSRETAL COM DOPPLER	200,00
USG ENDOVAGINAL	110,00
USG ENDOVAGINAL COM DOPPLER	200,00
USG BOLSA ESCROTAL	100,00
USG BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	200,00
USG PARTES MOLES	100,00
USG PROSTATA VIA ABDOMINAL	100,00
USG PROSTATA VIA TRANSRETAL	110,00
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	160,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	800,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM LIGADURA ELASTICA	3.800,00
COLONOSCOPIA	1.400,00
SUORTE ANESTESICO	450,00
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	800,00
BIÓPSIA DE MAMAS GUIADA POR USG – 1 nódulo	R\$ 650.00
BIÓPSIA DE MAMAS GUIADA POR USG – 2 nódulos	R\$ 1,000.00
BIÓPSIA DE MAMAS GUIADA POR USG – 3 nódulos	R\$ 130.00
PAAF MAMAS – PUNÇÃO DAS MAMAS GUIADAS POR USG – 1 nódulo	R\$ 300.00



PAAF MAMAS – PUNÇÃO DAS MAMAS GUIADAS POR USG – 2 nódulos	R\$ 400.00
PAAF MAMAS – PUNÇÃO DAS MAMAS GUIADAS POR USG – 3 nódulos	R\$ 500.00
PAAF TIREOIDE - PUNÇÃO DAS MAMAS GUIADAS POR USG – 1 nódulo	R\$ 300.00
PAAF TIREOIDE - – PUNÇÃO DAS MAMAS GUIADAS POR USG – 2 nódulos	R\$ 400.00
PAAF TIREOIDE - PUNÇÃO DAS MAMAS GUIADAS POR USG – 3 nódulos	R\$ 500.00
US ABDOME INFERIOR FEMININO	R\$ 100.00
US ABDOME INFERIOR MASCULINO	R\$ 100.00
US ABDOME SUPERIOR C/ PROVA DE BOYDEN	R\$ 210.00
US ABDOME SUPERIOR E OU GLÂNDULAS SUPRARRENAIS	R\$ 110.00
US ABDOME TOTAL FEMININO	R\$ 130.00
US ABDOME TOTAL MASULINO	R\$ 130.00
US ANTEBRAÇO DIREITO	R\$ 100.00
US ANTEBRAÇO ESQUERDO	R\$ 100.00
US APARELHO URINARIO	R\$ 110.00
US APARELHO URINARIO FEMININO	R\$ 110.00
US APARELHO URINARIO MSCULINO	R\$ 110.00
US ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA	R\$ 100.00
US ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA	R\$ 100.00
US ARTICULAÇÃO	R\$ 100.00
US BOLSA ESCROTAL	R\$ 110.00
US BRAÇO DIREITO	R\$ 100.00
US BRAÇO ESQUERDO	R\$ 100.00
US CALCANEIO DIREITO	R\$ 100.00
US CALCANEIO ESQUERDO	R\$ 100.00
US CERVICAL	R\$ 110.00
US COCCIX	R\$ 100.00
US COTOVELO DIREITO	R\$ 100.00
US COTOVELO ESQUERDO	R\$ 100.00
US COXA DIREITA	R\$ 100.00
US COXA ESQUERDA	R\$ 100.00

US CRANIANA (trans fontanela)	R\$ 160.00
US DO PESCOÇO	R\$ 110.00
US DOPPLER	R\$ 160.00
US DOPPLER AORTA E ILIACAS	R\$ 210.00
US DOPPLER ARTERIAL M. INF. DIREITO	R\$ 210.00
US DOPPLER ARTERIAL M. INF ESQUERDO	R\$ 210.00
US DOPPLER ARTERIAL M. SUP. DIREITO	R\$ 210.00
US DOPPLER ARTERIAL M. SUP. ESQUERDO	R\$ 210.00
US DOPPLER ARTERIAL RENAL/ AORTA	R\$ 210.00
US DOPPLER BOLSA ESCROTAL	R\$ 190.00
US DOPPLER CAROTIDAS	R\$ 190.00
US DOPPLER CERVICAL	R\$ 160.00
US DOPPLER DA MAMA	R\$ 190.00
US DOPPLER DA PROSTATA	R\$ 190.00
US DOPPLER OBSTERICO	R\$ 190.00
US DOPPLER OVARIOS (pélvica)	R\$ 190.00
US DOPPLER TESTICULOS	R\$ 190.00
US DOPPLER TIREOIDE	R\$ 160.00
US DOPPLER VENOSO M. INF. DIREITO	R\$ 190.00
US DOPPLER VENOSO M. INF. INFERIOR	R\$ 190.00
US DOPPLER VENOSO M. SUP. DIREITO	R\$ 190.00
US DOPPLER VENOSO M. SUP. INFERIOR	R\$ 190.00
US DOPPLER VENOSO MEMBRO INFERIOR	R\$ 190.00
US DOPLER VENOSO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 190.00
US ENDOVAGINAL	R\$ 100.00
US HIPOCONDRIO DIREITO	R\$ 100.00
US JOELHO DIREITO	R\$ 100.00
US JOELHO ESQUERDO	R\$ 100.00
US MAMAS	R\$ 100.00
US MÃO DIREITA	R\$ 100.00

US MÃO ESQUERDA	R\$ 100.00
US NADEGA	R\$ 100.00
US OBSTETRICA	R\$ 110.00
US OBSTETRICA 1º TRIMESTRE	R\$ 110.00
US OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 160.00
US OBSTETRICA GEMELAR (CADA FETO)	R\$ 110.00
US OMBRO DIREITO	R\$ 100.00
US OMBRO ESQUERDO	R\$ 100.00
US PANTURRILHA DIREITA	R\$ 100.00
US PANTURRILHA ESQUERDA	R\$ 100.00
US PAREDE ABDOMINAL	R\$ 100.00
US PAREDE TORACICA	R\$ 100.00
US PAROTIDAS	R\$ 100.00
US PARTES MOLES	R\$ 100.00
US PÉ DIREITO	R\$ 100.00
US PÉ ESQUERDO	R\$ 100.00
US PELVICA	R\$ 100.00
US PERNA DIREITA	R\$ 100.00
US PERNA ESQUERDA	R\$ 100.00
US PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 100.00
US PROSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 130.00
US PUNHO DIREITO	R\$ 100.00
US PUNHO ESQUERDO	R\$ 100.00
US QUADRIL DIREITO	R\$ 100.00
US QUADRIL ESQUERDO	R\$ 100.00
US QUADRIL INFANTIL BILATERAL	R\$ 200.00
US REGIÃO INGUINAL DIREITA	R\$ 100.00
US REGIÃO INGUINAL ESQUERDA	R\$ 100.00
US TESTICULOS	R\$ 110.00
US TIREOIDE	R\$ 100.00

US TORNOZELO DIREITO	R\$ 100.00
US TORNOZELO ESQUERDO	R\$ 100.00
US TRANSFONTANELA	R\$ 160.00
US TRANSRETAL COM DOPPLER	R\$ 190.00
US VIAS BILIARES	R\$ 110.00

**- Relação de Exames de Imagem:**

EXAMES DE TOMOGRAFIA	VALOR R\$
CONTRASTE (cobrado a parte)	R\$ 150.00
TC CRÂNIO	300,00
TC ABDOME SUPERIOR	300,00
TC ABDOME INFERIOR	300,00
TC ABDOME TOTAL	550,00
TC ABDOME TOTAL COM CONTRASTE	500,00
TC ABDOME TOTAL SEM CONTRASTE	500,00
TC TÓRAX	300,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	610,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOME	1.000,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	1.000,00
ANGIO TC ABDOME ARTESANAL	R\$ 590.00
ANGIO TC ABDOME VENOSA	R\$ 590.00
ANGIO TC ABDOME ABDOMINAL	R\$ 590.00
ANGIO TC AORTA TORÁCICA	R\$ 590.00
ANGIO TC CARÓTIDAS	R\$ 590.00
ANGIO TC CRÂNIO ARTESANAL	R\$ 590.00
ANGIO TC CRÂNIO VENOSA	R\$ 590.00
ANGIO TC TÓRAX	R\$ 590.00
TC ABDOME INFERIOR	R\$ 240.00
TC ABDOME INFERIOR COM CONTRASTE	R\$ 390.00
TC ABDOME SUPERIOR	R\$ 240.00

TC ABDOME SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 390.00
TC ANTEBRAÇO (unilateral)	R\$ 440.00
TC ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR- ATM	R\$ 590.00
TC BACIA	R\$ 240.00
TC BRAÇO (unilateral)	R\$ 240.00
TC CAVUM (face)	R\$ 240.00
TC COLUNA CERVICAL	R\$ 200.00
TC COLUNA DORSAL	R\$ 200.00
TC COLUNA LOMBRA/LOMBO SACRA	R\$ 200.00
TC COLUNA SACRO CÓCCIX	R\$ 200.00
TC COTOVELO (unilateral)	R\$ 240.00
TC COXA (unilateral)	R\$ 240.00
TC COXOFEMURAL (unilateral)	R\$ 240.00
TC CRÂNIO	R\$ 200.00
TC CRÂNIO COM CONTRASTE	R\$ 350.00
TC ESTERNOCLAVICULAR	R\$ 240.00
TC FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 200.00
TC JOELHO (unilateral)	R\$ 240.00
TC MÃO (unilateral)	R\$ 240.00
TC MASRTOÍDES	R\$ 240.00
TC OMBRO (unilateral)	R\$ 240.00
TC ÓRBITA	R\$ 200.00
TC ÓRBITA COM CONTRASTE	R\$ 350.00
TC OSSOS TEMPORAIS	R\$ 240.00
TC PARTES MOLES	R\$ 240.00
TC PÉ	R\$ 240.00
TC PERNA (unilateral)	R\$ 240.00
TC PESCOÇO	R\$ 400.00
TC PUNHO (unilateral)	R\$ 240.00
TC SACRO ILÍACA (unilateral)	R\$ 240.00



TC SELA TÚRICA	R\$ 240.00
TC TORAX	R\$ 240.00
TC TORNOZELO (unilateral)	R\$ 240.00
TC VIAS URINÁRIAS	R\$ 440.00

**- Relação de Exames de Imagem:**

EXAMES DE RESSONANCIA MAGNÉTICA	VALOR R\$
CONTRASTE (COBRADO A PARTE)	R\$ 50.00
RM ABDOME SUPERIOR	600,00
RM ABDOME INFERIOR	600,00
RM CRANIO	600,00
RM COLUNA LOMBAR	500,00
RM COLUNA DORSAL	500,00
RM COLUNA CERVICAL	500,00
RM JOELHO	500,00
RM OMBRO	500,00
RM PÉ	500,00
RM COTOVELO	500,00
RM MÃO	500,00
RM PRÓSTATA	500,00
ANGIORESSONANCIA CRANIO	620,00
ANGIORESSONANCIA ABDOME	620,00
RM ANGIO DO CRÂNIO ARTESANAL	R\$ 400.00
RM ANGIO DO CRÂNIO VENOSA	R\$ 450.00
RM ABDÔME SUPERIOR	R\$ 550.00
RM ANGIO ABDOME SUPERIOR ARTERIAL	R\$ 550.00
RM ANGIO ABDOME SUPERIOR VENOSA	R\$ 550.00
RM ANGIO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$ 450.00
RM ANGIO MEMBRO SUPERIOR ARTERIAL	R\$ 400.00
RM ANGIO MEMBRO SUPERIOR VENOSA	R\$ 450.00

RM ANGIO PELVE ARTERIAL	R\$ 550.00
RM ANGIO PELVE VENOSO	R\$ 550.00
RM ANGIO PESCOÇO ARTERIAL	R\$ 450.00
RM ANGIO PESCOÇO VENOSA	R\$ 450.00
RM ANGIO PULMONAR ARTERIAL	R\$ 450.00
RM ANGIO PULMONAR VENOSA	R\$ 450.00
RM ANTEBRAÇO DIREITO	R\$ 400.00
RM ANTEBRAÇO ESQUERDO	R\$ 400.00
RM ATM – ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 400.00
RM BACIA	R\$ 400.00
RM BRAÇO DIREITO	R\$ 400.00
RM BRAÇO ESQUERDO	R\$ 400.00
RM CLAVICULA DIREITA	R\$ 400.00
RM CLAVICULA ESQUERDA	R\$ 400.00
RM COLANGIORESSONANCIA	R\$ 550.00
RM COLUNA CERVICAL	R\$ 400.00
RM COLUNA DORSAL (coluna torácica)	R\$ 400.00
RM COLUNA LOMBAR	R\$ 400.00
RM COTOVELO DIREITO	R\$ 400.00
RM COTOVELO ESQUERDO	R\$ 400.00
RM COXA DIREITA	R\$ 400.00
RM COXA ESQUERDA	R\$ 400.00
RM COXO-FEMORAL DIREITO	R\$ 400.00
RM COXO-FEMORAL ESQUERDO	R\$ 400.00
RM CRANIO	R\$ 450.00
RM FACE	R\$ 400.00
RM JOELHO DIREITO	R\$ 400.00
RM JOELHO ESQUERDO	R\$ 400.00
RM CRANIO	R\$ 450.00
RM FACE	R\$ 400.00

RM JOELHO DIREITO	R\$ 400.00
RM JOELHO ESQUERDO	R\$ 400.00
RM MAMAS	R\$ 550.00
RM MÃO DIREITA	R\$ 400.00
RM MÃO ESQUERDA	R\$ 400.00
RM OMBRO DIREITO	R\$ 400.00
RM OMBRO ESQUERDO	R\$ 400.00
RM ORBITAS	R\$ 400.00
RM OUVIDOS/MASTOIDES	R\$ 400.00
RM PARTES MOLES	R\$ 450.00
RM PÉ DIREITO	R\$ 450.00
RM PÉ ESQUERDO	R\$ 450.00
RM PERNA DIREITA	R\$ 450.00
RM PERNA ESQUERDA	R\$ 450.00/
RM PESCOÇO	R\$ 450.00
RM PRÓSTATA	R\$ 550.00
RM PUNHO ESQUERDO	R\$ 450.00
RM PUNHO DIREITO	R\$ 450.00
RM QUADRIL DIREITA	R\$ 400.00
RM QUADRIL ESQUERDA	R\$ 400.00
RM SACRO-ILIACAS (BACIA) (DIREITA)	R\$ 400.00
RM SACRO-ILICAS (BACIA) (ESQUERDA)	R\$ 400.00
RM SELA TÚRCICA (HIPOFISE)	R\$ 450.00
RM TORAX	R\$ 550.00
RM TORNOZELO DIREITO	R\$ 450.00
RM TORNOZELO ESQUERDO	R\$ 450.00

**- Relação de Exames de Imagem:**

EXAMES DE RAO X	VALOR R\$
RX - CRANIO	60,00

RX - SEIOS DA FACE	60,00
RX - OSSOS DA FACE	60,00
RX - ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL	60,00
RX - ADENOIDES OU CAVUM	60,00
RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE CRANIO OU FACE	60,00
RX - COLUNA CERVICAL	60,00
RX - COLUNA DORSAL	60,00
RX - COLUNA LOMBO-SACRA	60,00
RX - SACRO-COCCIX	60,00
RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA	60,00
RX - ESTERNO	60,00
RX - ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR	60,00
RX - CLAVICULA	60,00
RX - ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	60,00
RX - BRAÇO	60,00
RX - COTOVELO	60,00
RX - ANTEBRAÇO	60,00
RX - PUNHO	60,00
RX - MÃO OU QUIRODACTILO	60,00
RX - MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	60,00
RX - BACIA	60,00
RX - ARTICULAÇÕES SACROILIACAS	60,00
RX - ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	60,00
RX - COXA (FÊMUR)	60,00
RX - JOELHO	60,00
RX - PATELA	60,00
RX - PERNA	60,00
RX - PÉ OU PODODACTILO	60,00
RX - CALCANEO	60,00
RX - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR	60,00

RX - TÓRAX	60,00
RX - LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOCO (PARTES MOLES)	60,00
RX - ARCOS COSTAIS	60,00
RX - ABDOME SIMPLES	60,00
RX - PÉ OU PODODACTILO	60,00
RX - PUNHO	60,00
RX - ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	60,00
RX - INCIDÊNCIA ADICIONAL	60,00
ABDOME SIMPLES	R\$ 50.00
ABDOME AGUDO	R\$ 60.00
ANTEBRAÇO	R\$ 40.00
ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR	R\$ 40.00
ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	R\$ 40.00
ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	R\$ 40.00
ARTICULAÇÃO SACRO – ILIACA (CADA LADO)	R\$ 40.00
ARTICULAÇÃO TIBIO – TARSICA (TORNOZELO)	R\$ 40.00
ARTICULAÇÃO COXO – FEMURAL (CADA LADO)	R\$ 40.00
BACIA	R\$ 40.00
BACIA AP/RÃ	R\$ 40.00
BRAÇO	R\$ 40.00
CALCÂNEO	R\$ 40.00
CAVUM	R\$ 40.00
CLAVICULA	R\$ 40.00
COLUNA CERVICAL. AP/LAT OU FLEXÃO	R\$ 40.00
COLUNA CERVICAL. AP/LAT/OBL	R\$ 50.00
COLUNA DORSAL AP/LAT	R\$ 40.00
COLUNA DORSAL AP/LAT/OBL	R\$ 50.00
COLUNA LOMBO SACRA	R\$ 40.00
COLUNA LOMBO SACRAC/OBL	R\$ 50.00
COLUNA DORSO/LOMBAR PARA ESCOLIOSE	R\$ 65.00



COSTELAS POR HEMITORAX	R\$ 40.00
COTOVELO	R\$ 40.00
COXA	R\$ 40.00
CRANIO	R\$ 40.00
CRANIO PA/LAT/BRETON-HIRTZ	R\$ 50.00
ESCANOMETRIA	R\$ 50.00
ESTERNO	R\$ 40.00
HOMOPATA OU OMBRO FUNCIONAL	R\$ 40.00
JOELHO AP/LAT	R\$ 40.00
JOELHO OU ROTULA AP/LAT/AXIAL	R\$ 50.00
MÃO OU QUIRODACTOLOS	R\$ 40.00
MÃOS E PUNHOS (idade óssea)	R\$ 40.00
MASTOIDES	R\$ 40.00
OSSOS DA FACE FN/MN/LAT-HIRTZ	R\$ 50.0
PÉ OU PODACTILOS	R\$ 40.00
PERNA	R\$ 40.00
PUNHO	R\$ 40.00
SACRO-COCCIX	R\$ 40.00
SEIOS DA FACE FN/MN/LAT	R\$ 40.00
SEIOS DA FACE FN/MN/LAT-HIRTZ	R\$ 40.00
SELA TURCICA	R\$ 40.00
TORAX	R\$ 40.00
TORAX PA/LAT/OBL	R\$ 50.00

#### **TABELA DE PREÇOS CARDIOLOGIA**

ECODOPPLER CARDIOGRAMA/ECOCARDIOGRAMA	R\$ 150.00
ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 60.00
HOLTER	R\$ 100.00
MAPA	R\$ 100.00
TESTE ERGOMÉTRICO (Esteira)	R\$ 110.00
DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 85.00

#### **EXAMES LABORATORIAIS**

ESTRADIOL	R\$ 30,00
-----------	-----------

FSH	R\$ 30,00
LH	R\$ 30,00
TSH	R\$ 30,00
T4 LIVRE	R\$ 30,00
T3 LIVRE	R\$ 40,00
T3	R\$ 40,00
PROGESTERONA	R\$ 30,00
LDH	R\$ 40,00
PROLACTINA	R\$ 30,00
PSA TOTAL	R\$ 30,00
PSA LIVRE	R\$ 30,00
AMILASE	R\$ 15,00
CKMB	R\$ 50,00
CPK	R\$ 30,00
D-DIMERO	R\$ 60,00
FATOR REUMATOIDE	R\$ 5,00
FERRITINA	R\$ 15,00
FOSFATASE ALCALINA	R\$ 5,00
GAMA GT	R\$ 10,00
CURVA GLICEMICA	R\$ 50,00
VHS	R\$ 10,00
INSULINA	R\$ 30,00
PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 15,00
UROCULTURA	R\$ 30,00
VITAMINA B12	R\$ 60,00
VITAMINA D	R\$ 60,00
DENGUE NS1	R\$ 50,00
DENGUE IGG IGM	R\$ 50,00
INFLUENZA AG	R\$ 80,00
RUBEOLA IGG IGM	R\$ 60,00
TOXOPLASMOSE IGG IGM	R\$ 60,00
HEMOGRAMA	R\$ 12,00
ACIDO URICO	R\$ 7,00
UROCULTURA	R\$ 18,50
ASLO	R\$ 7,00
BILIRRUBINAS	R\$ 7,00
UREIA	R\$ 7,00
CREATININA	R\$ 7,00
CURVA GLICEMICA	R\$ 40,00
D DIMERO	R\$ 100,00
DHL	R\$ 15,00
EAS	R\$ 7,00
GLICEMIA	R\$ 7,00
MICROALBUMINURIA	R\$ 18,00
MUCOPROTEINAS	R\$ 7,00

SODIO	R\$ 7,00
POTASSIO	R\$ 7,00
PCR	R\$ 7,00
TGO	R\$ 7,00
TGP	R\$ 7,00
VITAMINA B 12	R\$ 25,00
VITAMINA D3	R\$ 65,00
CA-125	R\$ 100,00
CA 15/3	R\$ 100,00
CA 199/9	R\$ 30,00
CEA	R\$ 60,00
ACTH	R\$ 60,00
CORTISOL MATINAL	R\$ 40,00
ANALISE DE BIÓPSIA	R\$ 120,00

• **TABELA DE VALORES DAS PROTESES DENTARIAS**

<b>Prótese total mandibular</b>	Quant. Mensal Estimada 08; Valor Unit R\$ 351,56	Valor Total Mensal, R\$ 2.812,48	Valor Total Anual R\$ 33.749,76
<b>Prótese total maxilar</b>	Quant. Mensal Estimada 08; Valor Unit R\$ 351,56	Valor Total Mensal, R\$ 2.812,48	Valor Total Anual R\$ 33.749,76
<b>Prótese parcial mandibular removível</b>	Quant. Mensal Estimada 08, Valor Unit R\$ 351,56	Valor Total Mensal, R\$ 2.812,48	Valor Total Anual R\$ 33.749,76
<b>Prótese parcial maxilar removível</b>	Quant. Mensal Estimada 08, Valor Unit R\$ 351,56	Valor Total Mensal, R\$ 2.812,48,	Valor Total Anual R\$ 33.749,76

- ✓ Os horários de atuação dos profissionais/empresas credenciados será definido pela Secretaria Municipal de Saúde conforme cronograma a ser elaborado.

<b>ANEXO III</b>
<b>DECLARAÇÃO</b>

Declaro para comprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO que NÃO SOU PROPRIETÁRIO, ADMINISTRADOR ou DIRIGENTE DE ENTIDADES OU SERVIÇOS CONTRATADOS CONVENIADOS com a Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Goiás, responsabilizando-me penalmente, civilmente e criminalmente na forma da lei.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data, Cidade, Ano

---

Assinatura do Candidato

**OBS: ESTA DECLARAÇÃO DEVE SER PREENCHIDA SEM A LOGO MARCA DA PREFEITURA, SE FOR EMPRESA PREENCHER COM A LOGO PRÓPRIA.**

<b>ANEXO IV</b>
<b>CARTA PROPOSTA E DECLARAÇÕES</b>

A  
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás, Goiás.  
A/C Agente de Contratação

<b>EMPRESA/NOME:</b>	
<b>CNPJ:</b>	
<b>REPRESENTANTE: (EM CASO DE PJ)</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>RG (PF):</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>FONE:</b>	
<b>E-MAIL:</b>	
<b>INFORMAÇÕES BANCÁRIAS:</b>	
<b>CONSELHO PROFISSIONAL:</b>	
<b>PIS/PASEP</b>	

Pela Presente Proposta de Serviços, ofertamos ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE de SANTA ROSA DE GOIÁS, Goiás, os serviços de:

ITEM	DESCRIÇÃO	UND.	QTDE.	V. Médio Unitário	V. Médio Total
1					
2					
3					

E ainda, **DECLARA**, sob as penas da lei, responsabilizando – se penal e administrativamente por qualquer falsidade, incorreção ou omissão na esfera Federal, Estadual ou Municipal e poderes, na Administração Direta, Sociedade de Economia Mista, Empresa, Fundações, e Autarquias, para fins de participação no presente credenciamento, que:

I - que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e em qualquer trabalho menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos. De acordo com o inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988. Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz?

( ) SIM ( ) NÃO

II- que não está cumprindo penalidade de inidoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública.

III- conhecer e concordar com as condições e cláusulas constantes do Edital de Chamamento para efeitos de Credenciamento, bem como com os termos da minuta do termo de credenciamento.

IV- Que o registro de frequência das horas e/ou plantões trabalhados poderão ser aferidos por meio de ponto eletrônico/registro com assinatura;

V- Que os dados (nome, especialidade, horário de início e término da jornada de trabalho, registro de frequência, etc.) poderão ser disponibilizados em quadros informativos afixados nas dependência das unidades de saúde em locais visíveis aos cidadãos, que poderão consulta-lo a qualquer momento.

VI – Que será disponibilizado a qualquer cidadão, o registro de frequência da jornada realizada;

VII – Que será disponibilizado em meio eletrônico (internet) dia, local e horário de atendimento realizado;

VIII – Que deverá ser fornecido a qualquer cidadão CERTIDÃO ou DOCUMENTO EQUIVALENTE, no qual conste: nome do usuário, unidade de saúde, data, hora e motivo da recusa de atendimento, sempre que assim solicitarem.

IX – estar ciente de que fui contratado para prestação de serviços sem vínculo empregatício junto a Secretaria Municipal de Saúde exercendo a função de profissional autônomo e que o contrato é regido pela Lei 14.133/21.

X – ( ) não ocupa qualquer outro cargo, função ou emprego público;

XI – ( ) ocupa o(s) seguintes cargo(s) emprego(s) público(s) \_\_\_\_\_ órgão \_\_\_\_\_;

XII – ( ) está ou ( ) não está aposentado(a) em qualquer cargo/ emprego público;

XIII – ( ) está ou ( ) não está em gozo de licença ou disponibilidade em cargo/ emprego Público.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ sob o n. \_\_\_\_\_



**ANEXO V**

**MINUTA DE TERMO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO \_\_\_\_/2025**

**CONTRATO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE GOIÁS, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS E**

\_\_\_\_\_.

Por este instrumento de contrato que entre si fazem, de um lado, o **MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE GOIÁS**, Estado de Goiás, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ **xxxxxxxxxxxxxx**, com endereço, na **xxxxxxxxxxxxxx**, neste ato representado pela Gestora, Sra. **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrita pelo CPF nº **xxxxxxxxxxxxxx**, residente e domiciliado nesta cidade, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com a Lei nº 14.133/2021 e suas alterações, neste 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 008/23, do Tribunal de Contas dos Municípios, convencionam a prestação de serviços por credenciamento nas condições definidas nas cláusulas seguintes:

**FUNDAMENTAÇÃO LEGAL** – 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**, prestará os serviços de laboratórios, sendo:

**Colar tabela completa com descrição e valores**

**CLAÚSULA SEGUNDA – DA CONDIÇÃO DE EXECUÇÃO**

**I O (A) CONTRATADO (A)** deverá prestar os serviços 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.

**CLAÚSULA 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.

Rua Santa Rosa, nº 339 – Santa Tereza - Santa Rosa de Goiás-GO, CEP 75.455-000

Fone: (62) 3335-6146

**santarosa.go.gov.br**

- II. O (A) CONTRATADO (A) receberá pelos serviços prestados o valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_);
- III. O valor total do presente contrato para prestação de serviços pelo período ora contratado é de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_);
- IV. Os pagamentos acontecerão até o 15º (decimo quinto) dia útil, contado da apresentação das faturas ao setor competente do Fundo Municipal de Saúde;
- 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. O (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: \_\_\_\_\_

II. O presente contrato terá sua vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, a contar da data da assinatura até 31 de dezembro de 2024, 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 - Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços por meio de servidor especialmente designado (Gestor/fiscal de Contrato), informando ao contratado (a) as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas;
- II - Efetuar pagamento ao contratado (a) de acordo com as condições de preço, prazos estabelecidos e serviços prestados;
- III - Prestar informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos interessados no credenciamento;
- IV - Divulgar em local visível, junto as Unidades de Saúde, planilha com nome e escala de trabalho dos profissionais;
- 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. O CREDENCIADO se compromete a preencher corretamente todos os expedientes em todos os campos e com letra legível.

V 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.

VI. 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 SANTA ROSA DE GOIÁS.

VII. O CREDENCIADO é responsável pelos danos eventualmente causados ao Fundo Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás, 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 Santa Rosa de Goiás.

VIII. 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 cabíveis 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:

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.

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

Rua Santa Rosa, nº 339 – Santa Tereza - Santa Rosa de Goiás-GO, CEP 75.455-000

Fone: (62) 3335-6146

[santarosa.go.gov.br](http://santarosa.go.gov.br)

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 Ruabiataba - Goiás, com renúncia expressa de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estar assim justos e acordados com tudo o que aqui foi exposto, firmam o presente

Rua Santa Rosa, nº 339 – Santa Tereza - Santa Rosa de Goiás-GO, CEP 75.455-000

Fone: (62) 3335-6146

[santarosa.go.gov.br](http://santarosa.go.gov.br)

instrumento em 03(três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais necessários.

Santa Rosa de Goiás-GO , XX de XXXXXXXX de 2024.

Secretária Municipal de Saúde  
CREDENCIANTE

CREDENCIADO (A)  
CPF/CNPJ Nº. 000.000.000-00

Testemunhas:

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**OBS: ESSE ANEXO SERA PREENCHIDO PELA PREFEITURA.**