EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 007/2026

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 007/2026 – CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E/OU JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS, ESPECIALIDADES MÉDICAS, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, SERVIÇOS DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE, EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E CONFECÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, VISANDO ATENDER DE FORMA CONTÍNUA AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA DE GOIÁS DURANTE O EXERCÍCIO DE 2027, CONFORME DESCRIÇÃO, ESPECIFICAÇÕES E QUANTIDADES CONSTANTES DO TERMO DE REFERÊNCIA E DO ANEXO II DESTE EDITAL.

O **MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE GOIÁS**, Estado de Goiás, por meio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA DE GOIÁS**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua 01, Qd. 01, Lt. 08, Residencial Batista, Santa Rosa de Goiás-GO, inscrito no CNPJ (MF) sob o nº 11.087.455/0001-02, representado por sua Gestora, Sra. **MARIA AUGUSTA ALVES DE BRITO**, com poderes conferidos pelo Decreto Municipal nº 004/2025, de 02 de janeiro de 2025, e por intermédio do Agente de Contratação designado pelo Decreto Municipal nº 68/2026, no uso de suas atribuições legais, com fundamento no art. 74, IV, e no art. 79, I, da Lei nº 14.133/2021, na Lei Orgânica do Município de Santa Rosa de Goiás, de 05 de abril de 1990**,** na Instrução Normativa nº 008/2023 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás e nas demais normas pertinentes, bem como nos princípios constitucionais que regem a Administração Pública, **TORNA PÚBLICO**, aos interessados, o Chamamento Público para Credenciamento de prestadores de serviços de saúde, na hipótese de contratação paralela e não excludente, para comporem a Rede Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO, ficando aberto o recebimento da documentação **no período de 11 de novembro de 2026 a 31 de dezembro de 2027**, nos termos constantes deste Edital.

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. O Edital e seus anexos serão divulgados e mantidos à disposição do público, durante todo o seu prazo de validade, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na página da Prefeitura Municipal (https://santarosa.go.gov.br/) e no placar da Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Goiás-GO, de forma a permitir o cadastramento permanente de novos interessados (art. 79, parágrafo único, I, da Lei nº 14.133/2021).

1.2. As inscrições e o recebimento da documentação para fins de credenciamento terão início em **11 de novembro de 2026**; O presente Edital e o respectivo credenciamento terão vigência de **12 (doze) meses**, compreendidos entre **1º de janeiro de 2027 e 31 de dezembro de 2027**, podendo ser prorrogados por igual período, mediante justificativa e observância da legislação vigente. A documentação prevista para o

credenciamento e seus anexos deverá ser encaminhada ao Agente de Contratação, por meio do e-mail licitasantarosa2024@gmail.com , dentro do prazo de validade do Edital.

1.3. Após a análise inicial, realizada conforme previsto neste Edital, o credenciamento permanecerá aberto aos interessados durante todo o prazo de validade do Edital.

2- DO OBJETO

2.1 O objeto deste Edital é o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E/OU JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS, ESPECIALIDADES MÉDICAS, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, SERVIÇOS DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE, EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E CONFECÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, VISANDO ATENDER DE FORMA CONTÍNUA AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA DE GOIÁS DURANTE O EXERCÍCIO DE 2027, CONFORME DESCRIÇÃO, ESPECIFICAÇÕES E QUANTIDADES CONSTANTES DO TERMO DE REFERÊNCIA E DO ANEXO II DESTE EDITAL, na hipótese de contratação paralela e não excludente prevista no art. 79, I, da Lei nº 14.133/2021, com vigência durante o exercício de 2027, podendo ser prorrogada nos termos da lei.

2.2 A pessoa jurídica credenciada deverá indicar o(s) profissional(is) de saúde que executará(ão) os serviços, sejam sócios, representantes legais ou integrantes de seu quadro, os quais deverão atender aos mesmos requisitos de habilitação profissional exigidos das pessoas físicas, durante todo o período de vigência do Termo de Credenciamento, a contar da data de sua 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 as pessoas físicas ou jurídicas que atuem nas funções e serviços relacionados no Anexo II e 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: a) os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei nº 14.133/2021; b) aqueles que se enquadrem nas vedações do art. 14 da Lei nº 14.133/2021.

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.

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, não sendo aceita documentação incompleta, protocolo ou quaisquer outras formas de comprovação que não sejam as exigidas neste Edital, ressalvada a realização de diligência pelo Agente de Contratação para complementar informações acerca dos documentos já apresentados ou atualizar documentos cuja validade tenha expirado após o envio, nos termos do art. 64 da Lei nº 14.133/2021. Sendo indeferida a documentação, o interessado poderá, a qualquer tempo durante a vigência do Edital, encaminhar novo pedido com a documentação completa.

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-se ao credenciamento, o interessado deverá apresentar ao Agente de Contratação, por meio do e-mail descrito no item 4, todos os documentos exigidos neste Edital, para oportunamente formalizar a contratação de acordo com as especialidades/atividades previstas, compatibilizando-se às necessidades das unidades de saúde do Município e à 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 – Recebidos os pedidos de cadastramento e deferido o credenciamento, a SMS promoverá a convocação dos credenciados para assinatura do Termo de Credenciamento, conforme a necessidade do FMS. Quando o objeto não permitir a

contratação imediata e simultânea de todos os credenciados, a demanda será distribuída mediante critérios objetivos e impessoais, previamente definidos e divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do art. 79, parágrafo único, II, da Lei nº 14.133/2021.

§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 pelo Agente de Contratação e Equipe de Apoio em até 10 (dez) dias úteis, excluídos feriados e pontos facultativos, contados do recebimento da documentação pelo e-mail licitasantarosa2024@gmail.com, e obedecerá ao seguinte:

I – O indeferimento do pedido será devidamente fundamentado e não impede a apresentação de novo pedido, nos termos do item 4.3.1;

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

III – Os interessados terão o prazo de 03 (três) dias úteis, a contar da divulgação do resultado, para recorrer, nos termos do art. 165, I, "c", da Lei nº 14.133/2021;

IV – Os recursos deverão ser encaminhados através do e-mail licitasantarosa2024@gmail.com;

V – O recurso será dirigido ao Agente de Contratação, que poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 03 (três) dias úteis; não havendo reconsideração, o recurso, devidamente informado, será encaminhado à Gestora do Fundo Municipal de Saúde, que proferirá decisão no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos (art. 165, §2º, da Lei nº 14.133/2021);

VI – O recurso terá efeito suspensivo apenas em relação ao ato recorrido, não impedindo a contratação dos demais credenciados; a decisão será comunicada ao interessado por e-mail e seu resumo será publicado no Placar da Prefeitura de Santa Rosa de Goiás-GO e no 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 culpa ou dolo na execução dos serviços;

8- DAS NORMAS DE CONTRATAÇÃO OU CREDENCIAMENTO

8.1 Na assinatura do Termo de Credenciamento, conforme modelo constante do Anexo V – Minuta de Termo de Credenciamento, o credenciado deverá apresentar a documentação de habilitação atualizada;

8.2 Os requisitos de contratação, as atribuições genéricas e os serviços constam do Anexo 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 Os credenciados convocados terão o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da convocação, para assinatura do Termo de Credenciamento;

a) O não comparecimento injustificado no prazo acima ensejará a convocação de outro credenciado da mesma especialidade/serviço, observados os critérios de distribuição da demanda previstos no §3º do item 5, podendo ainda resultar no descredenciamento, após regular processo administrativo.

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, contada da data de sua assinatura até 31/12/2027, podendo ser prorrogado nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

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 nas unidades da Rede Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO, em local a ser designado pela Secretaria Municipal de Saúde;

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 aplicação das sanções previstas neste Edital, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

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 INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

11.1 Comete infração administrativa o credenciado que incorrer em qualquer das

condutas previstas no art. 155 da Lei nº 14.133/2021, inclusive a inexecução total ou parcial das obrigações assumidas.

11.2 Pelas infrações cometidas, o credenciado ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções (art. 156 da Lei nº 14.133/2021):

a) Advertência, quando der causa à inexecução parcial do contrato e não se justificar a imposição de penalidade mais grave;

b) Multa de 2% (dois por cento) do valor mensal do contrato, por ocorrência formalmente notificada, limitada a 03 (três) aplicações, sendo que a quarta ocorrência ensejará a extinção do contrato, sem prejuízo das demais sanções cabíveis;

c) Impedimento de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do Município de Santa Rosa de Goiás, pelo prazo máximo de 03 (três) anos, nas hipóteses do art. 155, II a VII, da Lei nº 14.133/2021, quando não se justificar penalidade mais grave;

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, pelo prazo mínimo de 03 (três) e máximo de 06 (seis) anos, nas hipóteses do art. 155, VIII a XII, da Lei nº 14.133/2021, bem como nas hipóteses dos incisos II a VII do mesmo artigo que justifiquem penalidade mais grave.

11.3 A multa poderá ser aplicada cumulativamente com as demais sanções e descontada dos pagamentos devidos ao credenciado. Na aplicação das sanções serão considerados a natureza e a gravidade da infração, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os danos causados à Administração (art. 156, §§1º, 7º e 8º, da Lei nº 14.133/2021).

11.4 A aplicação de advertência e de multa será precedida de intimação do credenciado para apresentar defesa no prazo de 15 (quinze) dias úteis (art. 157); as sanções de impedimento e de declaração de inidoneidade dependerão de processo de responsabilização, nos termos do art. 158 da Lei nº 14.133/2021.

11.5 Compete à Gestora do Fundo Municipal de Saúde a aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento de licitar e contratar; a declaração de inidoneidade é de competência exclusiva do(a) Secretário(a) Municipal (art. 156, §6º, I, da Lei nº 14.133/2021).

11.6 Caberá ao fiscal do contrato ou ao responsável pelo setor onde o credenciado presta o serviço registrar as ocorrências e comunicá-las à autoridade competente, para adoção das providências cabíveis.

11.7 A reabilitação do sancionado observará o disposto no art. 163 da Lei nº 14.133/2021.

12- DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

12.1 O objeto deste Edital terá seu custo coberto com recursos provenientes da Lei Orçamentária Anual do exercício de 2027, correndo por conta das dotações orçamentárias abaixo. A formalização das contratações fica condicionada à aprovação da

LOA/2027 e à existência de dotação suficiente, podendo as dotações ser ajustadas à classificação da lei orçamentária aprovada:

04.01.10.122.0038.2043.3.3.90.39.00.50/Fonte:102/Destinação:00.

04.01.10.122.0038.2043.3.3.90.34.00.03/Fonte:102/Destinação:00.

04.01.10.301.0038.2068.3.3.90.34.00.03/Fonte:107/Destinação:08.

04.01.10.301.0038.2068.3.3.90.34.00.03/Fonte:102/Destinação:00.

04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.00.03/Fonte:131/Destinação:10.

04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.00.03/Fonte:131/Destinação:08.

04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.00.03/Fonte:107/Destinação:64.

04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.00.03/Fonte:107/Destinação:08.

04.01.10.302.0038.2090.3.3.90.34.00.03/Fonte:102/Destinação:00.

04.01.10.302.0038.2067.3.3.90.34.00.06/Fonte:131/Destinação:00.

04.01.10.302.0038.2067.3.3.90.34.00.06/Fonte:102/Destinação:00.

12.2 Os contratados serão remunerados pelo valor bruto mensal correspondente à carga horária/serviços, conforme o Anexo II, que dispõe sobre as Tabelas de Serviços em Saúde aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO **de acordo com a ATA 11 da Reunião Extraordinária realizada em 13/10/2026**, sendo 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 serão efetuados até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, mediante apresentação da nota fiscal ou documento equivalente e dos comprovantes de regularidade previstos no item 9.8.
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 correspondentes aos serviços efetivamente prestados, observado o teto mensal máximo.
13.7. Os valores constantes do Anexo II poderão ser reajustados após o interstício mínimo de 12 (doze) meses, contado da data do orçamento estimado, pela variação do IPCA/IBGE, ou mediante atualização da tabela aprovada por resolução do Conselho Municipal de Saúde, não havendo revisão para os serviços já realizados (arts. 25, §7º, e 92, V, da Lei nº 14.133/2021).

14 DOS TRIBUTOS E DO DEPÓSITO DOS PAGAMENTOS

14.1 Quanto ao Imposto Sobre Serviços (ISS), serão observados a Lei Complementar nº 116/2003 e o Código Tributário Municipal, procedendo-se à retenção na fonte nas hipóteses em que a legislação atribuir ao Município a condição de responsável tributário.
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
16.8. Nos casos de suspeita de erro ou negligência profissional, o caso será encaminhado ao Conselho Regional da categoria, sem prejuízo das penalidades administrativas e/ou judiciais cabíveis, 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 extinção previstos nos arts. 137, 138 e 139 da Lei nº 14.133/2021.
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, devendo ter disponibilidade para atuar nos dias e horários definidos em escala pela Secretaria.

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, n°339, Setor Santa Tereza, CEP 75.455.000 Santa Rosa de Goiás-GO ou através do e-mail: **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 n° 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 Contratos permanecerá à disposição dos interessados durante a vigência deste Edital para prestar esclarecimentos e recepcionar a documentação dos interessados.

18.11. Caberá ao interessado o acompanhamento das informações disponibilizadas no PNCP, no site https://santarosa.go.gov.br/ e na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rosa de Goiás-GO.

18.12. Fazem parte e integram o presente Edital os seguintes anexos:

Anexo I – Relação de documentos obrigatórios para inscrição

Anexo II – Quadro de categorias profissionais, serviços, cargas horárias e remunerações (pessoa física e jurídica);

Anexo III – Declaração de não proprietário, administrador ou dirigente de entidades contratadas ou conveniadas;
Anexo IV – Carta Proposta e Declarações
Anexo V – Minuta Contratual.

Santa Rosa de Goiás-GO, **09 de novembro 2026**.

ASSINADO DIGITALMENTE
KARINE SOARES VEIGA
A conformidade com a assinatura pode ser verificada em:
http://serpro.gov.br/assinador-digital
SERPRO

KARINE SOARES VEIGA
Agente de Contratação

De acordo. Aprovo o presente Edital.

gov.br
Documento assinado digitalmente
MARIA AUGUSTA ALVES DE BRITO
Data: 09/11/2026 09:10:08-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

MARIA AUGUSTA ALVES DE BRITO
Gestora do Fundo Municipal de Saúde

ANEXO I
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA INSCRIÇÃO

Os interessados deverão, para cadastramento e eventual credenciamento como pessoa física ou jurídica, encaminhar 01 (uma) cópia dos seguintes documentos, por meio do e-mail licitasantarosa2024@gmail.com, dentro do prazo de validade do Edital:

DA DOCUMENTAÇÃO:

PESSOA FÍSICA:

Documentos pessoais (RG e CPF);

Comprovante de inscrição no Conselho ou Órgão equivalente;

Comprovante de residência emitido há no máximo 03 (três) meses;

Certificado de Conclusão do Curso para área requerida;

Curriculum Vitae ou Lattes;

Diploma da especialidade pretendida, caso necessário;

Comprovante de Inscrição junto ao INSS ou apresentação de cópia do PIS ou PASEP;

Declaração de acumulação ou não de cargo, emprego ou função pública, nos termos do art. 37, XVI e XVII, da Constituição Federal (itens X a XIII do Anexo IV);

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 de domicílio do interessado;

Certidão Negativa ou Positiva com efeitos de Negativa de Débitos com o Município de domicílio do interessado;

Certidão de Regularidade Trabalhista, conf. Lei nº 12.440/2011.

Declarações constantes dos Anexos III e IV, devidamente preenchidas e assinadas.

PESSOA JURÍDICA:

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, com situação ativa, da empresa prestadora deserviços 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 à sua constituição e ao seu representante legal;

Carteira de identidade profissional, devidamente registrada no Conselho Regional de suacategoria, dos profissionais pertencentes ao quadro da empresa prestadora;

Diploma da Conclusão de seu respectivo curso superior e/ou da especialidade dos profissionaispertencentes ao quadro da empresa prestadora;

Cópia de carteira de entidade de classe dos profissionais pertencentes ao quadro da empresaprestadora;

Curriculum Vitae ou Lattes dos profissionais que executarão os serviços;

Comprovante de endereço (atualizado) da empresa prestadora;

Registro da pessoa jurídica no Conselho Regional competente, com indicação do responsável técnico, quando exigido pela legislação da categoria;

Prova de regularidade com as Fazendas Estadual e Municipal relativa ao domicílio ou sede do interessado;

Prova de regularidade para com a Fazenda Federal relativa a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, atravésde certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – RFB ou pelaProcuradoria-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; Licença/Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária competente e inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), quando a natureza do serviço o exigir (laboratórios, serviços de diagnóstico por imagem, laboratório de prótese dentária e congêneres);

Declarações constantes dos Anexos III e IV, devidamente preenchidas e assinada

ANEXO II

TABELA DE CATEGORIAS PROFISSIONAIS, CARGAS HORÁRIAS E REMUNERAÇÕES.

Especialidade	Horas estimadas	Horas estimadas	Remuneração	Local	Descrição do Atendimento
Médico (a) Cardiologista	08 horas semanais	16 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.
Médico (a) Endocrinologista	08 horas semanais	16 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.
Médico (a) Oftalmologista	08 horas semanais	16 horas mensais	R$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de oftalmologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
Médico (a) Dermatologista	08 horas semanais	16 horas mensais	R$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de dermatologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
Médico (a) Pediatra	08 horas semanais	16 horas mensais	R$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de pediatria para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
Médico (a) Neurologista	08 horas semanais	16 horas mensais	R$ 2.000,00 por cada 08/h trabalhadas	UBS	Atendimento especializado na área de neurologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
Médico (a)	08 horas	32 horas	R$ 2.400,00	UBS	Atendimento especializado na área

Urologista	semanais	mensais	por cada 08/h trabalhadas		de Urologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
Médico (a) Ginecologista	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.
Médico (a) Geriatra	08 horas semanais	16 horas mensais	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.

Médico Clínico Geral / Plantonista Hospital

Especialidade	Horas Estimadas	Remuneração	Local	Descrição dos serviços
Médico (a) Clínico Geral Plantonista	12 h/por plantão até 40 plantões mês	R$ 1.000,00 por plantão	HMSR	Atendimento clínico-hospitalar, em regime de plantonista para pacientes de rede pública de saúde municipal.
Médico (a) Clínico Geral Plantonista aos fins de semana	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.
Diretor técnico do hospital	12 h/por plantão até 02 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

Especialidade	Horas Estimadas	Remuneração	Local	Descrição dos serviços
Médico(a) ESF	40h/por semana	R$ 20.000,00 MENSAL	UBS	Atendimento médico aos usuários do Programa Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Rosa de Goiás.
Médico clinico geral ESF para atendimento domiciliar	08h/por semana	R$ 4.000,00 MENSAL	UBS	Atendimento médico a pacientes que precisam de cuidados de saúde mais intensivos, mas estão em estabilidade clínica, necessitando assim de atendimento home care.

Outras especialidades

Especialidade	Horas Estimadas	Remuneração	Local	Descrição dos serviços
Odontopediatria	40h/semana	R$ 6.000,00 MENSAL	Mundo Mágico	Atendimento especializado na área de odontopediatria para os alunos de rede pública de educação.
Odontólogo (Consultório Ceo)	40h/semana	R$ 6.500,00 MENSAL	HMSR	Atendimento especializado na área de odontologia geral para os pacientes do município na forma eletiva, urgência e emergência.
Fonoaudiólogo (a)	20h/semana	R$ 2.800,00 MENSAL	UBS	Atendimento especializado na área de fonoaudiologia para os pacientes de rede pública de saúde municipal.
Odontólogo	40h/semana	R$ 6.000,00 MENSAL	Mundo Mágico	Atendimento especializado na área de odontologia para os alunos de rede pública de educação.
Fisioterapeuta	30h/semana	R$ 4.000,00 MENSAL	Centro de reabilitação fisioterapia	Realização de atendimentos e procedimentos inerentes ao exercício privativo dos profissionais de

				fisioterapia.
Psicólogo (a) Equipe Emulti	40h/semana	R$ 3.000,00 MENSAL	UBS	Realização de atendimentos e procedimentos inerentes ao exercício privativo dos profissionais de psicologia, no Programa Emulti.
Farmacêutico (a)	40h/semana	R$ 2.800,00 MENSAL	HMSR	Atendimento aos usuários da rede pública de saúde municipal/SUS, na farmácia hospitalar.
Veterinário (a) Equipe Emulti	20h/semana	R$ 3.000,00 MENSAL	Epidemiologia	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.
Médico (a) Perito	08h/mês	R$2.500,00 MENSAL	UBS	Atendimento médico aos servidores municipais do município de Santa Rosa de Goiás.
Enfermeiro (a) UBS	40h/semanais caso o profissional não alcance a quantidade de hora semanal ele recebera por horas realizadas o valor de R$ 26,99 por hora, se ultrapassar	R$ 4.318,00 mensal de acordo com piso e quantidade de horas 40 semanais	UBS	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.

	a quantidade de hora estipulada receba o valor acima pelas horas a mais			
Enfermeiro (a) HOSP	40h/semanais caso o profissional não alcance a quantidade de hora semanal ele recebera 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	HMSR	Atendimento de enfermagem ambulatorial hospitalar na urgência e emergência bem como acompanhar o paciente regulado no transporte de urgência e emergência.
Técnico em Enfermagem UBS	40h/semanais caso o profissional não alcance a quantidade de hora semanal ele recebera por horas realizadas o valor de R$ 18,89 por hora, se ultrapassar a quantidade de hora estipulada	R$ 3.022,00 mensal de acordo com piso e quantidade de horas 40 semanais	UBS	Atendimento de enfermagem ambulatorial e domiciliar aos usuários do Programa Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Rosa de Goiás.

	receba o valor acima pelas horas a mais			
Técnico em Enfermagem HOSP	40h/semana caso o profissional não alcance a quantidade de hora semanal ele recebera 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	HMSR	Atendimento de enfermagem ambulatorial hospitalar na urgência e emergência bem como acompanhar o paciente regulado no transporte de urgência e emergência.
Laboratório de prótese dentaria	08h/semana	R$ 11.250,00 MENSAL	IN LOCO	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.
Avaliação Neuropsicológica	Até 04 avaliações mês Composta por até 10 sessões	R$ 2.800,00 cada avaliação	IN LOCO	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
Auxiliar da Saúde Bucal	40h/semana	R$ 1.650,00 MENSAL	Consultório Mundo	Auxiliar o Odontólogo nos atendimentos

			Magico	ambulatoriais preparar o paciente e os instrumentais para os atendimentos clínicos.
Auxiliar da Saúde Bucal	40h/semana	R$ 1.650,00 MENSAL	HMSR	Auxiliar o Odontólogo nos atendimentos ambulatoriais, preparar o paciente e os instrumentais para os atendimentos clínicos.
Exames de imagem	Mensal/máximo	R$ 5.000,00	IN LOCO	Credenciamento de serviços de diagnóstico por imagem e/ou com finalidade diagnóstica
Exames de laboratórios	Mensal/máximo	R$ 6.000,00	IN LOCO	Credenciamento de serviços laboratoriais com finalidade diagnóstica
Exames de laboratórios Campanha	Mensal/máximo para mês de março, outubro e novembro	R$ 10.000,00	IN LOCO	Credenciamento de serviços laboratoriais com finalidade diagnóstica, para grandes campanhas de conscientização e prevenção, como o mês das mulheres, outubro rosa e novembro azul.

Relação de Exames de Imagem:

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA	**VALOR R$**
BIÓPSIA DE MAMAS GUIADA POR USG – 1 nódulo	R$ 650,00
BIÓPSIA DE MAMAS GUIADA POR USG – 2 nódulos	R$ 1.000,00
BIÓPSIA DE MAMAS GUIADA POR USG – 3 nódulos	R$ 1.300,00
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
USG ABDOME SUPERIOR	R$ 120,00
USG ABDOME INFERIOR	R$ 120,00

USG ABDOME TOTAL	R$ 230,00
USG ABDOME SUPERIOR C/ PROVA DE BOYDEN	R$ 130,00
USG ABDOME SUPERIOR E OU GLÂNDULAS SUPRARRENAIS	R$ 150,00
USG ANTEBRAÇO DIREITO	R$ 150,00
USG ANTEBRAÇO ESQUERDO	R$ 120,00
USG APARELHO URINARIO	R$ 120,00
USG ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA	R$ 130,00
USG ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA	R$ 130,00
USG ARTICULAÇÃO	R$ 130,00
USG BOLSA ESCROTAL	R$ 120,00
USG BRAÇO DIREITO	R$ 120,00
USG BRAÇO ESQUERDO	R$ 120,00
USG CALCANEO DIREITO	R$ 130,00
USG CALCANEO ESQUERDO	R$ 120,00
USG CERVICAL	R$ 120,00
USG COCCIX	R$ 120,00
USG COTOVELO DIREITO	R$ 120,00
USG COTOVELO ESQUERDO	R$ 130,00
USG COXA DIREITA	R$ 120,00
USG COXA ESQUERDA	R$ 120,00
USG CRANIANA (TRANSFONTANELA)	R$ 120,00
USG DO PESCOÇO	R$ 120,00
USG DOPPLER	R$ 120,00
USG DOPPLER AORTA E ILIACAS	R$ 180,00
USG DOPPLER ARTERIAL M. INF. DIREITO	R$ 130,00
USG DOPPLER ARTERIAL M. INF ESQUERDO	R$ 180,00
USG DOPPLER ARTERIAL M. SUP. DIREITO	R$ 230,00
USG DOPPLER ARTERIAL M. SUP. ESQUERDO	R$ 230,00
USG DOPPLER ARTERIAL RENAL/ AORTA	R$ 230,00
USG DOPPLER BOLSA ESCROTAL	R$ 230,00
USG DOPPLER CAROTIDAS	R$ 230,00
USG DOPPLER CERVICAL	R$ 230,00
USG DOPPLER DA MAMA	R$ 210,00

USG DOPPLER DA PROSTATA	R$ 210,00
USG DOPPLER OBSTERICO	R$ 180,00
USG DOPPLER OVARIOS (pélvica)	R$ 210,00
USG DOPPLER TESTICULOS	R$ 210,00
USG DOPPLER TIREOIDE	R$ 210,00
USG DOPPLER VENOSO M. INF. DIREITO	R$ 210,00
USG DOPPLER VENOSO M. INF. INFERIOR	R$ 210,00
USG DOPPLER VENOSO M. SUP. DIREITO	R$ 180,00
USG DOPPLER VENOSO M. SUP. INFERIOR	R$ 210,00
USG ENDOVAGINAL	R$ 210,00
USG HIPOCONDRIO DIREITO	R$ 210,00
USG JOELHO DIREITO	R$ 210,00
USG JOELHO ESQUERDO	R$ 120,00
USG MAMAS	R$ 130,00
USG MÃO DIREITA	R$ 120,00
USG MÃO ESQUERDA	R$ 120,00
USG NADEGA	R$ 120,00
USG OBSTETRICA	R$ 120,00
USG OBSTETRICA 1° TRIMESTRE	R$ 120,00
USG OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R$ 120,00
USG OBSTETRICA GEMELAR (CADA FETO)	R$ 130,00
USG OMBRO DIREITO	R$ 130,00
US OMBRO ESQUERDO	R$ 180,00
USG PANTURRILHA DIREITA	R$ 130,00
USG PANTURRILHA ESQUERDA	R$ 120,00
USG PAREDE ABDOMINAL	R$ 120,00
USG PAREDE TORACICA	R$ 120,00
USG PAROTIDAS	R$ 120,00
USG PARTES MOLES	R$ 120,00
USG PÉ DIREITO	R$ 120,00
USG PÉ ESQUERDO	R$ 120,00
USG PELVICA	R$ 120,00
USG PERNA DIREITA	R$ 120,00

USG PERNA ESQUERDA	R$ 120,00
USG PROSTATA VIA ABDOMINAL	R$ 120,00
USG PROSTATA VIA TRANSRETAL	R$ 120,00
USG PUNHO DIREITO	R$ 120,00
USG PUNHO ESQUERDO	R$ 120,00
USG QUADRIL DIREITO	R$ 150,00
US QUADRIL ESQUERDO	R$ 120,00
US QUADRIL INFANTIL BILATERAL	R$ 120,00
US REGIÃO INGUINAL DIREITA	R$ 120,00
US REGIÃO INGUINAL ESQUERDA	R$ 120,00
US TESTICULOS	R$ 220,00
US TIREOIDE	R$ 120,00
US TORNOZELO DIREITO	R$ 120,00
US TORNOZELO ESQUERDO	R$ 130,00
US TRANSFONTANELA	R$ 120,00
US TRANSRETAL COM DOPPLER	R$ 120,00
US VIAS BILIARES	R$ 120,00

Relação de Exames de Imagem:

EXAMES DE TOMOGRAFIA	**VALOR R$**
CONTRASTE (COBRADO A PARTE)	R$ 170,00
ANGIO TC ABDOME ARTERIAL	R$ 640,00
ANGIO TC ABDOME VENOSA	R$ 640,00
ANGIO TC AORTA ABDOMINAL	R$ 640,00
ANGIO TC AORTA TORÁCICA	R$ 640,00
ANGIO TC CARÓTIDAS	R$ 640,00
ANGIO TC CRÂNIO ARTERIAL	R$ 640,00
ANGIO TC CRÂNIO VENOSA	R$ 640,00
ANGIO TC DE PESCOÇO ARTERIAL	R$ 640,00
ANGIO TC DE PESCOÇO VENOSA	R$ 640,00
ANGIO TC TÓRAX	R$ 640,00
TC ABDOME INFERIOR	R$ 280,00
TC ABDOME INFERIOR COM CONTRASTE	R$ 440,00

TC ABDOME SUPERIOR	R$ 280,00
TC ABDOME SUPERIOR COM CONTRASTE	R$ 440,00
TC ABDOME TOTAL	R$ 480,00
TC ABDOME TOTAL COM CONTRASTE	R$ 640,00
TC ANTEBRAÇO (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR- ATM	R$ 280,00
TC BACIA	R$ 280,00
TC BRAÇO (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC CAVUM (FACE)	R$ 280,00
TC COLUNA CERVICAL	R$ 260,00
TC COLUNA DORSAL	R$ 260,00
TC COLUNA LOMBAR/LOMBO SACRA	R$ 260,00
TC COLUNA SACRO CÓCCIX	R$ 260,00
TC COTOVELO (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC COXA (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC COXOFEMURAL (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC CRÂNIO	R$ 260,00
TC CRÂNIO COM CONTRASTE	R$ 420,00
TC ESTERNOCLAVICULAR	R$ 300,00
TC FACE OU SEIOS DA FACE	R$ 260,00
TC JOELHO (UNILATERAL)	R$ 300,00
TC MÃO (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC MASTOÍDES	R$ 280,00
TC OMBRO (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC ÓRBITA	R$ 260,00
TC ÓRBITA COM CONTRASTE	R$ 420,00
TC OSSOS TEMPORAIS	R$ 280,00
TC PARTES MOLES	R$ 280,00
TC PÉ	R$ 280,00
TC PERNA (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC PESCOÇO	R$ 460,00
TC PUNHO (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC SACRO ILÍACA (UNILATERAL)	R$ 280,00

TC SELA TÚRICA	R$ 280,00
TC TORAX	R$ 280,00
TC TORNOZELO (UNILATERAL)	R$ 280,00
TC VIAS URINÁRIAS	R$ 480,00

Relação de Exames de Imagem:

EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	**VALOR R$**
CONTRASTE (COBRADO A PARTE)	R$ 60,00
RM ANGIO DO CRÂNIO ARTERIAL	R$ 470,00
RM ANGIO DO CRÂNIO VENOSA	R$ 520,00
RM ABDÔME INFERIOR	R$ 620,00
RM ABDÔME SUPERIOR	R$ 620,00
RM ANGIO ABDOME SUPERIOR ARTERIAL	R$ 620,00
RM ANGIO ABDOME SUPERIOR VENOSA	R$ 620,00
RM ANGIO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R$ 520,00
RM ANGIO MEMBRO SUPERIOR ARTERIAL	R$ 470,00
RM ANGIO MEMBRO SUPERIOR VENOSA	R$ 520,00
RM ANGIO PELVE ARTERIAL	R$ 620,00
RM ANGIO PELVE VENOSO	R$ 620,00
RM ANGIO PESCOÇO ARTERIAL	R$ 520,00
RM ANGIO PESCOÇO VENOSA	R$ 520,00
RM ANGIO PULMONAR ARTERIAL	R$ 520,00
RM ANGIO PULMONAR VENOSA	R$ 520,00
RM ANTEBRAÇO DIREITO	R$ 470,00
RM ANTEBRAÇO ESQUERDO	R$ 470,00
RM ATM - ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R$ 470,00
RM BACIA	R$ 470,00
RM BRAÇO DIREITO	R$ 470,00
RM BRAÇO ESQUERDO	R$ 470,00
RM CLAVICULA DIREITA	R$ 470,00
RM CLAVICULA ESQUERDA	R$ 470,00
RM COLANGIORESSONANCIA	R$ 620,00
RM COLUNA CERVICAL	R$ 470,00

RM COLUNA DORSAL (COLUNA TORÁCICA)	R$ 470,00
RM COLUNA LOMBAR	R$ 470,00
RM COTOVELO DIREITO	R$ 470,00
RM COTOVELO ESQUERDO	R$ 470,00
RM COXA DIREITA	R$ 470,00
RM COXA ESQUERDA	R$ 470,00
RM COXO-FEMORAL DIREITO	R$ 470,00
RM COXO-FEMORAL ESQUERDO	R$ 470,00
RM CRANIO	R$ 520,00
RM FACE	R$ 470,00
RM JOELHO DIREITO	R$ 470,00
RM JOELHO ESQUERDO	R$ 470,00
RM MAMAS	R$ 620,00
RM MÃO DIREITA	R$ 470,00
RM MÃO ESQUERDA	R$ 470,00
RM OMBRO DIREITO	R$ 470,00
RM OMBRO ESQUERDO	R$ 470,00
RM ORBITAS	R$ 470,00
RM OUVIDOS / MASTOIDES	R$ 470,00
RM PARTES MOLES	R$ 520,00
RM PÉ DIREITO	R$ 520,00
RM PÉ ESQUERDO	R$ 520,00
RM PERNA DIREITA	R$ 470,00
RM PERNA ESQUERDA	R$ 470,00
RM PESCOÇO	R$ 520,00
RM PRÓSTATA	R$ 620,00
RM PUNHO ESQUERDO	R$ 470,00
RM PUNHO DIREITO	R$ 470,00
RM QUADRIL DIREITA	R$ 470,00
RM QUADRIL ESQUERDA	R$ 470,00
RM SACRO-ILIACAS (BACIA) (DIREITA)	R$ 470,00
RM SACRO-ILIACAS (BACIA) (ESQUERDA)	R$ 470,00
RM SELA TÚRCICA (HIPOFISE)	R$ 520,00

RM TÓRAX	R$ 620,00
RM TORNOZELO DIREITO	R$ 470,00
RM TORNOZELO ESQUERDO	R$ 470,00

Relação de Exames de Imagem:

EXAMES DE RAIO X	**VALOR R$**
ABDOME SIMPLES	R$ 70,00
ABDOME AGUDO	R$ 80,00
ANTEBRAÇO	R$ 60,00
ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR	R$ 60,00
ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	R$ 60,00
ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	R$ 60,00
ARTICULAÇÃO SACRO - ILIACA (CADA LADO)	R$ 60,00
ARTICULAÇÃO TIBIO - TARSICA (TORNOZELO)	R$ 60,00
ARTICULAÇÃO COXO - FEMURAL (CADA LADO)	R$ 60,00
BACIA	R$ 60,00
BACIA AP/RÃ	R$ 60,00
BRAÇO	R$ 60,00
CALCÂNEO	R$ 60,00
CAVUM	R$ 60,00
CLAVICULA	R$ 60,00
COLUNA CERVICAL. AP/LAT OU FLEXÃO	R$ 60,00
COLUNA CERVICAL. AP/LAT/OBL	R$ 70,00
COLUNA DORSAL AP/LAT	R$ 60,00
COLUNA DORSAL AP/LAT/OBL	R$ 70,00
COLUNA LOMBO SACRA	R$ 60,00
COLUNA LOMBO SACRA C/ OBL	R$ 70,00
COLUNA DORSO/LOMBAR PARA ESCOLIOSE	R$ 80,00
COSTELAS POR HEMITORAX	R$ 60,00
COTOVELO	R$ 60,00
COXA	R$ 60,00
CRANIO	R$ 60,00
CRANIO PA/LAT/BRETON-HIRTZ	R$ 70,00

ESCANOMETRIA	R$ 70,00
ESTERNO	R$ 60,00
HOMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL	R$ 60,00
JOELHO AP/LAT	R$ 60,00
JOELHO OU ROTULA AP/LAT/AXIAL	R$ 70,00
MÃO OU QUIRODACTOLOS	R$ 60,00
MÃOS E PUNHOS (IDADE OSSEA)	R$ 60,00
MASTOIDES	R$ 60,00
OSSOS DA FACE FN/MN/LAT-HIRTZ	R$ 70,00
PÉ OU PODACTILOS	R$ 60,00
PERNA	R$ 60,00
PUNHO	R$ 60,00
SACRO-COCCIX	R$ 60,00
SEIOS DA FACE FN/MN/LAT	R$ 60,00
SEIOS DA FACE FN/MN/LAT-HIRTZ	R$ 60,00
SELA TURCICA	R$ 60,00
TORAX	R$ 60,00
TORAX PA/LAT/OBL	R$ 70,00

Relação de exames cardiológicos:

EXAMES CARDIOLÓGICOS	**VALOR R$**
ECODOPPLER CARDIOGRAMA/ECOCARDIOGRAMA	R$ 170,00
ELETROCARDIOGRAMA	R$ 70,00
HOLTER	R$ 120,00
MAPA	R$ 120,00
TESTE ERGOMÉTRICO (ESTEIRA)	R$ 130,00

Relação de demais exames:

EXAMES DE ELETRONEUROMIOGRAFIA	**VALOR R$**
01 MEMBRO **(SÓ SUPERIOR)**	R$ 250,00
02 MEMBROS	R$ 300,00
04 MEMBROS	R$ 500,00
FACE	R$ 300,00

MAMOGRAFIA	R$ 120,00

DENSITOMETRIA ÓSSEA	R$ 110,00

Relação de exames laboratoriais:

EXAMES LABORATORIAIS	**VALOR R$**
ACIDO URICO	R$ 20,00
ACTH	R$ 60,00
AMILASE	R$ 30,00
ANALISE DE BIÓPSIA	R$ 120,00
ASLO	R$ 20,00
BILIRRUBINAS	R$ 20,00
CA 15/3	R$ 100,00
CA 199/9	R$ 100,00
CA-125	R$ 100,00
CEA	R$ 60,00
CKMB	R$ 55,00
CORTISOL MATINAL	R$ 40,00
CPK	R$ 40,00
CREATININA	R$ 20,00
CURVA GLICEMICA	R$ 70,00
D DMERO	R$ 100,00
D-DIMERO	R$ 80,00
DENGUE IGG IGM	R$ 80,00
DENGUE NS1	R$ 80,00
DHL	R$ 60,00
EAS	R$ 20,00
ESTRADIOL	R$ 40,00
FATOR REUMATOIDE	R$ 20,00
FERRITINA	R$ 40,00
FOSFATASE ALCALINA	R$ 20,00
FSH	R$ 40,00
GAMA GT	R$ 20,00

GLICEMIA	R$ 20,00
HEMOGRAMA	R$ 30,00
INFLUENZA AG	R$ 80,00
INSULINA	R$ 35,00
LDH	R$ 45,00
LH	R$ 40,00
MICROALBUMINURIA	R$ 40,00
MUCOPROTEINAS	R$ 20,00
PCR	R$ 20,00
POTASSIO	R$ 20,00
PROGESTERONA	R$ 40,00
PROLACTINA	R$ 40,00
PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	R$ 25,00
PSA LIVRE	R$ 40,00
PSA TOTAL	R$ 40,00
RUBEOLA IGG IGM	R$ 80,00
SODIO	R$ 30,00
T3	R$ 45,00
T3 LIVRE	R$ 45,00
T4 LIVRE	R$ 40,00
TGO	R$ 20,00
TGP	R$ 20,00
TOXOPLASMOSE IGG IGM	R$ 80,00
TSH	R$ 40,00
UREIA	R$ 20,00
UROCULTURA	R$ 40,00
VHS	R$ 20,00
VITAMINA B12	R$ 80,00
VITAMINA D	R$ 80,00
VITAMINA D3	R$ 80,00

Relação de cirurgias:

PROCEDIMENTO CIRURGICO	**VALOR R$**

LAQUEADURA	R$ 1.500,00
PARTO CESARIANA COM LAQUEADURA	R$ 2.500,00
PARTO CESARIANA	R$ 1.000,00
VASECTOMIA	R$ 1.000,00

Relação de valores das próteses dentárias:

PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	QUANT. MENSAL ESTIMADA 08; VALOR UNIT R$ 351,56	VALOR TOTAL MENSAL, R$ 2.812,48	VALOR TOTAL ANUAL R$ 33.749,76
PRÓTESE TOTAL MAXILAR	QUANT. MENSAL ESTIMADA 08; VALOR UNIT R$ 351,56	VALOR TOTAL MENSAL, R$ 2.812,48	VALOR TOTAL ANUAL R$ 33.749,76
PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL	QUANT. MENSAL ESTIMADA 08, VALOR UNIT R$ 351,56	VALOR TOTAL MENSAL, R$ 2.812,48	VALOR TOTAL ANUAL R$ 33.749,76
PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL	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 serão definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme cronograma a ser elaborado.**

ANEXO III
DECLARAÇÃO

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 OU CONVENIADOS com a Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Goiás, responsabilizando-me civil, administrativa e criminalmente na forma da lei.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data, Cidade, Ano

_____
Assinatura do Interessado

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

ANEXO IV
CARTA PROPOSTA E DECLARAÇÕES

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

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

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. Unit	V. Total
1	**Descrição do cargo pretendido**	**serviço**	**meses**	**Valor mensal ou do plantão**	**Valor anual**
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 sanção de impedimento de licitar e contratar ou de declaração de inidoneidade (art. 156, III e IV, da Lei nº 14.133/2021);

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 a contratação se dá para prestação de serviços sem vínculo empregatício junto à Secretaria Municipal de Saúde, na condição de profissional autônomo/pessoa jurídica, regida pela Lei nº 14.133/2021;

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.

XIV – que cumpre plenamente os requisitos de habilitação exigidos no Edital (art. 63, I, da Lei nº 14.133/2021);

XV – que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, quando aplicável (art. 63, IV, da Lei nº 14.133/2021);

XVI – que não incorre nas vedações do art. 14 da Lei nº 14.133/2021, inclusive quanto a vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil, ou de parentesco até o terceiro grau, com dirigente do órgão ou com agente público que atue no processo de contratação.

_____, ____ de _____ de 2027

_____

Nome:_____

CPF/CNPJ sob o n. _____

ANEXO V

MINUTA DE TERMO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ___/2027

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, por meio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 11.087.455/0001-02, com sede na Rua 01, Qd. 01, Lt. 08, Residencial Batista, Santa Rosa de Goiás-GO, neste ato representado por sua Gestora, Sra. **MARIA AUGUSTA ALVES DE BRITO**, inscrita no CPF sob o nº _____, doravante denominado **CREDENCIANTE**, e, de outro lado, _____, doravante denominado(a) **CREDENCIADO(A)**, com amparo na Lei Federal nº 14.133/2021 e na Instrução Normativa nº 008/2023 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, convencionam a prestação de serviços por credenciamento nas condições definidas nas cláusulas seguintes:

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL – O presente contrato decorre do Edital de Credenciamento nº 007/2026, cujos termos, bem como a proposta do CREDENCIADO, integram este instrumento independentemente de transcrição, sendo a contratação realizada por inexigibilidade de licitação, com fundamento no art. 74, IV, c/c o art. 79, I, da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

I. O CREDENCIADO prestará os serviços de _____ (especialidade/serviço), conforme descrição, carga horária/quantitativos e valores constantes do Anexo II do Edital, a seguir discriminados:

(inserir a tabela do serviço credenciado, com descrição e valores)

CLÁUSULA 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. Dada a natureza dos serviços, o(a) CONTRATADO(A) que não comparecer para

atendimento no período determinado pela coordenação responsável não fará jus à remuneração correspondente aos dias/horários em que não houver prestação do serviço.

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. 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 serão efetuados até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, mediante apresentação da nota fiscal ou documento equivalente ao setor competente do Fundo Municipal de Saúde, acompanhada dos comprovantes de regularidade fiscal e trabalhista;

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. Os valores poderão ser reajustados após o interstício mínimo de 12 (doze) meses, contado da data do orçamento estimado, pela variação do IPCA/IBGE, ou mediante atualização da tabela aprovada por resolução do Conselho Municipal de Saúde, não havendo 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 vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, a contar de 01 de janeiro até 31 de dezembro de 2027, podendo ser prorrogado, havendo interesse das partes, nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

I – Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços por meio de gestor e fiscal de contrato especialmente designados (art. 117 da Lei nº 14.133/2021), sendo designado(a) como gestor(a) _____ e como fiscal _____, informando ao(à) contratado(a) a ocorrência 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 cabível previstas ou não no Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

I – Comete infração administrativa o CREDENCIADO que incorrer em qualquer das condutas previstas no art. 155 da Lei nº 14.133/2021, inclusive a inexecução total ou parcial das obrigações assumidas.
II – Pelas infrações cometidas, o CREDENCIADO ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções (art. 156 da Lei nº 14.133/2021):
a) Advertência, quando der causa à inexecução parcial do contrato e não se justificar a imposição de penalidade mais grave;
b) Multa de 2% (dois por cento) do valor mensal do contrato, por ocorrência formalmente notificada, limitada a 03 (três) aplicações, sendo que a quarta ocorrência ensejará a extinção do contrato, sem prejuízo das demais sanções cabíveis;
c) Impedimento de licitar e contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do Município de Santa Rosa de Goiás, pelo prazo máximo de 03 (três) anos, nas hipóteses do art. 155, II a VII, da Lei nº 14.133/2021, quando não se justificar penalidade mais grave;
d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, pelo prazo mínimo de 03 (três) e máximo de 06 (seis) anos, nas hipóteses do art. 155, VIII a XII, da Lei nº 14.133/2021, bem como nas hipóteses dos incisos II a VII do mesmo artigo que justifiquem penalidade mais grave.
III – A multa poderá ser aplicada cumulativamente com as demais sanções e descontada dos pagamentos devidos. Na aplicação das sanções serão considerados a natureza e a gravidade da infração, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os danos causados à Administração.
IV – A aplicação de advertência e de multa será precedida de intimação para defesa no prazo de 15 (quinze) dias úteis (art. 157); as sanções de impedimento e de declaração de inidoneidade dependerão de processo de responsabilização (art. 158 da Lei nº 14.133/2021).
V – Compete à Gestora do Fundo Municipal de Saúde a aplicação das sanções de advertência, multa e impedimento; a declaração de inidoneidade é de competência exclusiva do(a) Secretário(a) Municipal (art. 156, §6º, I). Ao fiscal do contrato ou responsável pelo setor caberá registrar as ocorrências e comunicá-las à autoridade competente.

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 extinção previstos nos arts. 137, 138 e 139 da Lei nº 14.133/2021;
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 – DAS 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 n° 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).
VI. O CREDENCIANTE providenciará a divulgação deste contrato no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), no prazo do art. 94 da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO
I. Fica eleito o foro da Comarca de _____, sede da Administração contratante, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja (art. 92, §1º, da Lei nº 14.133/2021).

E, por estarem assim justos e acordados, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais.

Santa Rosa de Goiás-GO , XX de XXXXXXX de 2027.

MARIA AUGUSTA ALVES DE BRITO –
Gestora do Fundo Municipal de Saúde
CREDENCIANTE

CREDENCIADO (A)
CPF/CNPJ nº _____

Testemunhas:
CPF:_____

CPF:_____

OBS: ESSE ANEXO SERA PREENCHIDO PELA PREFEITURA.