



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

CREDENCIAMENTO Nº 002/2023

Procedimento Auxiliar de Contratação
(artigo 79, I da Lei 14.133/2021)

PREÂMBULO

O MUNICÍPIO DE RUBIATABA – GOIÁS, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, torna público para conhecimento dos interessados, que realizará CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS, nos termos deste Edital e seus anexos. Este Credenciamento será conduzido pela Comissão de Credenciamento nomeada pelo Decreto nº 1099/2023.

Processo: 09911/2023

Data da entrega de documentação: Nos dias 13 a 17 de novembro de 2023 das 8h às 17h na sala da Comissão de Licitação.

Data da primeira abertura e avaliação: 20 de novembro de 2023

Retirada do Edital: <https://acessoainformacao.rubiataba.go.gov.br/informacao/licitacoes>

Local da entrega de documentos: Sala da Comissão de Licitações da Prefeitura de Rubiataba – Goiás com endereço na Avenida Caraíba, nº 385, Setor Bela Vista, Rubiataba – Goiás.

OBJETO: Credenciamento de serviços com profissionais e/ou empresas para atender às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS:

ÓRGÃO/ENTIDADE	DOTAÇÃO	FICHA	FONTE/ORIGEM
CAPS	15.01.10.302.1004.2.112.3.3.90.34.03	276	1.07.017/FEDERAL
ESF	15.01.10.301.1004.2.110.3.3.90.34.03	243	1.07.008/FEDERAL
HOSPITAL MUNICIPAL	15.01.10.302.1004.2.070.3.3.90.34.03	252	1.02.000/MUNICIPAL
FMS	15.01.10.301.1004.2.078.3.3.90.34.03	229	1.02.000/MUNICIPAL 1.07.000/FEDERAL

FORMA DE CONTRATAÇÃO: MENSAL E CONTINUADA

REGIME DE EXECUÇÃO: INDIRETA POR PREÇO UNITÁRIO

LEGISLAÇÃO APLICADA: CF/1988, Art. 37; Lei Federal nº 14.133/2021, art. 79, I.



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

CREDENCIAMENTO Nº 002/2023

Procedimento Auxiliar de Contratação
(artigo 79, I da Lei 14.133/2021)

O MUNICÍPIO DE RUBIATABA - GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede na Praça Indaiá, nº 01, Centro, inscrito no CNPJ sob o nº 11.279.755/0001-93, representado neste ato pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. **TALITTA POLLYANA FERREIRA KOBAYASHI**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF nº. 712.293.881-68, residente e domiciliada neste município, nomeada gestora do FMS, através do decreto Nº 003/2021, torna público que, em cumprimento aos preceitos contidos na Lei 14.133/2021, no seu artigo 79, I, Decisão/TCU nº 656/1995 – Plenário, de 06/12/1995, Instrução Normativa n.º 07/2016- TCM/GO e nº 001/2017-TCM/GO e as Portarias GM/MS nº 1.606/2001, 3.410/2013 e 2.567/2016, torna público, para o conhecimento dos interessados, que será realizado, em sua sede, no horário de expediente, nos dias 13 a 17 de novembro de 2023, procedimento de cadastro para futura contratação por meio de cadastramento de pessoa física ou jurídica que atuarão junto à Secretaria Municipal de Saúde e Programas de Saúde para prestação de serviços médicos bem como de outros profissionais na área de saúde, de acordo com as normas estabelecidas no presente Edital.

1. DO OBJETO

1.1. O presente edital destina-se a cadastrar pessoas Físicas e/ou Jurídicas, mediante documentação e pedido de inscrição para prestação de serviços complementares especializados na área da saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS do Município de Rubiataba - Goiás, para fins de atendimento a nível ambulatorial em consultas e procedimentos, em conformidade com a Decisão/TCU nº 656/1.995 – Plenário, de 06/12/1995 e Instrução Normativa n.º 007/2016-TCM/GO e nº 001/2017-TCM/GO, com disponibilidades técnica, para o exercício de 2023, conforme segue:

1.1.1. Especificação do objeto:

ITEM	LOCAL	CARGOS	CARGA HORÁRIA	VALOR	QUANT.
01	CAPS	PSICÓLOGO COM EXPERIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: O PROFISSIONAL OU PRESTADOR PRESTARÁ DIRETAMENTE OS SERVIÇOS CONTRATADOS JUNTO AO CAPS DE ACORDO COM AS METAS E AÇÕES ESTABELECIDAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E PELO PROGRAMA,	40 HORAS SEMANAL	R\$ 3.500,00 mensal	01 demanda imediata 01 conforme demanda
02	ESF	MÉDICO (A) DA PRIMEIRA INFÂNCIA PARA ATENÇÃO BÁSICA - CARGA HORÁRIA DE 20 HORAS SEMANAIS - O PRESTADOR DEVERÁ PRESTAR OS SERVIÇOS NO LOCAL INDICADO PELA GESTÃO, CONFORME DISPOSIÇÕES ESTABELECIDAS NO TERMO DE REFERÊNCIA.	20 HORAS SEMANAL	R\$ 10.000,00 mensal	01 demanda imediata 01 conforme demanda



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03	HMR	ENFERMEIRO – HOSPITAL: O PROFISSIONAL OU PRESTADOR PRESTARÁ DIRETAMENTE OS SERVIÇOS CONTRATADOS JUNTO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE ACORDO COM AS METAS E AÇÕES ESTABELECIDAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COM CARGA HORÁRIA 12/36 (DOZE POR TRINTA E SEIS)	EM REGIME DE PLANTÃO DE 12/36 HORAS	R\$ 3.000,00	-01 demanda imediata -02 conforme demanda																																																																																																												
04	SMS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE IMAGEM E CONSULTAS ESPECIALIZADAS - O VALOR A SER PAGO SERÁ POR PRODUÇÃO, CONFORME TABELA APROVADA PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, SENDO O VALOR MÁXIMO MENSAL DE R\$ 10.000,00. OS SERVIÇOS SERÃO REALIZADOS POR MEIO DE REGULAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. <table><tr><th>CONSULTA ESPECIALIZADAS</th><th>VALOR</th></tr><tr><td>Consulta Ortopedia/Trauma</td><td>R\$ 100,00</td></tr><tr><td>Consulta Ginecologia/Obst.</td><td>R\$ 150,00</td></tr><tr><td>Consulta em Cardiologia</td><td>R\$ 150,00</td></tr><tr><td>Consulta em Neurologia</td><td>R\$ 300,00</td></tr><tr><td>Consulta em Urologia</td><td>R\$ 200,00</td></tr><tr><td>Consulta em Dermatologia</td><td>R\$ 200,00</td></tr><tr><td>Consulta Gastroenterologia</td><td>R\$ 150,00</td></tr><tr><td>Consulta em Coloproctologia</td><td>R\$ 200,00</td></tr><tr><td>Consulta em Psiquiatria</td><td>R\$ 300,00</td></tr><tr><td>Consulta em Alergologia</td><td>R\$ 200,00</td></tr><tr><td>Consulta em Clínica Geral</td><td>R\$ 150,00</td></tr><tr><td>Consulta em Nutrologia</td><td>R\$ 200,00</td></tr><tr><td>Consulta em Oftalmologia</td><td>R\$ 150,00</td></tr><tr><td>Consulta em Mastologia</td><td>R\$ 200,00</td></tr><tr><td>Consulta Fonoaudiologia</td><td>R\$ 150,00</td></tr><tr><td>Consulta em Cirurgia Vascular</td><td>R\$ 200,00</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><th>EXAMES</th><th>VALOR</th></tr><tr><td>ELETROENCEFALOGRAMA</td><td>R\$ 170,00</td></tr><tr><td>ECODOPLER COM STRESS FARMACOLÓGICO</td><td>R\$ 360,00</td></tr><tr><td>ECODOPLER TRANS-ESOFAGICO</td><td>R\$ 400,00</td></tr><tr><td>ECODOPLER TRANS TORACICO</td><td>R\$ 250,00</td></tr><tr><td>TESTE ERGOMETRICO</td><td>R\$ 180,00</td></tr><tr><td>ELETROCARDIOGRAMA</td><td>R\$ 49,00</td></tr><tr><td>HOLTER 24</td><td>R\$ 89,00</td></tr><tr><td>MAPA 24 h</td><td>R\$ 89,00</td></tr><tr><td>DOPPLER SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS</td><td>R\$ 179,00</td></tr><tr><td>DOPPLER SCAN VENOSO DE MEMBROS</td><td>R\$ 179,00</td></tr><tr><td>DOPPLER SCAN ARTERIAL DE MEMBROS</td><td>R\$ 179,00</td></tr><tr><td>DOPPLERFLUXOMETRIA</td><td>R\$ 179,00</td></tr><tr><td>USG. ABDOME TOTAL</td><td>R\$ 100,00</td></tr><tr><td>USG. ABDOOME SUPERIOR</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>USG. ABDOOME INFERIOR</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>USG. APARELHO URINARIO</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>USG. ARTICULACOES</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>USG. MAMA /ORGAOS E ESTRUT.</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>USG. MORFOLOGICA</td><td>R\$ 130,00</td></tr><tr><td>USG. TIREOIDE</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>USG. OBSTETRICA</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>USG. PELVICA</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>USG. PROSTATA VIA ABDOMINAL</td><td>R\$ 70,00</td></tr><tr><td>USG. PROSTATA VIA TRANSRETAL</td><td>R\$ 80,00</td></tr><tr><td>USG. TRANSVAGINAL</td><td>R\$ 60,00</td></tr><tr><td>VIDEOENDOSCOPIA DIG. ALTA</td><td>R\$ 220,00</td></tr><tr><td>RETOSSIGMOIDOSCOPIA</td><td>R\$ 220,00</td></tr><tr><td>COLONOSCOPIA</td><td>R\$ 350,00</td></tr><tr><td>POLIPECTOMIA DE COLON</td><td>R\$ 400,00</td></tr><tr><td>RETIRADA CORPO ESTRANHO</td><td>R\$ 300,00</td></tr><tr><td>RX ABDOME AGUDO</td><td>R\$ 35,00</td></tr><tr><td>RX ABDOME SIMPLES</td><td>R\$ 35,00</td></tr><tr><td>RX ADENOIDES</td><td>R\$ 35,00</td></tr><tr><td>RX ANTEBRACO UNILATERAL</td><td>R\$ 35,00</td></tr><tr><td>RX ARCADA ZIGOMAT MALAR</td><td>R\$ 35,00</td></tr></table>	CONSULTA ESPECIALIZADAS	VALOR	Consulta Ortopedia/Trauma	R\$ 100,00	Consulta Ginecologia/Obst.	R\$ 150,00	Consulta em Cardiologia	R\$ 150,00	Consulta em Neurologia	R\$ 300,00	Consulta em Urologia	R\$ 200,00	Consulta em Dermatologia	R\$ 200,00	Consulta Gastroenterologia	R\$ 150,00	Consulta em Coloproctologia	R\$ 200,00	Consulta em Psiquiatria	R\$ 300,00	Consulta em Alergologia	R\$ 200,00	Consulta em Clínica Geral	R\$ 150,00	Consulta em Nutrologia	R\$ 200,00	Consulta em Oftalmologia	R\$ 150,00	Consulta em Mastologia	R\$ 200,00	Consulta Fonoaudiologia	R\$ 150,00	Consulta em Cirurgia Vascular	R\$ 200,00			EXAMES	VALOR	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 170,00	ECODOPLER COM STRESS FARMACOLÓGICO	R\$ 360,00	ECODOPLER TRANS-ESOFAGICO	R\$ 400,00	ECODOPLER TRANS TORACICO	R\$ 250,00	TESTE ERGOMETRICO	R\$ 180,00	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 49,00	HOLTER 24	R\$ 89,00	MAPA 24 h	R\$ 89,00	DOPPLER SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 179,00	DOPPLER SCAN VENOSO DE MEMBROS	R\$ 179,00	DOPPLER SCAN ARTERIAL DE MEMBROS	R\$ 179,00	DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 179,00	USG. ABDOME TOTAL	R\$ 100,00	USG. ABDOOME SUPERIOR	R\$ 60,00	USG. ABDOOME INFERIOR	R\$ 60,00	USG. APARELHO URINARIO	R\$ 60,00	USG. ARTICULACOES	R\$ 60,00	USG. MAMA /ORGAOS E ESTRUT.	R\$ 60,00	USG. MORFOLOGICA	R\$ 130,00	USG. TIREOIDE	R\$ 60,00	USG. OBSTETRICA	R\$ 60,00	USG. PELVICA	R\$ 60,00	USG. PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 70,00	USG. PROSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 80,00	USG. TRANSVAGINAL	R\$ 60,00	VIDEOENDOSCOPIA DIG. ALTA	R\$ 220,00	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 220,00	COLONOSCOPIA	R\$ 350,00	POLIPECTOMIA DE COLON	R\$ 400,00	RETIRADA CORPO ESTRANHO	R\$ 300,00	RX ABDOME AGUDO	R\$ 35,00	RX ABDOME SIMPLES	R\$ 35,00	RX ADENOIDES	R\$ 35,00	RX ANTEBRACO UNILATERAL	R\$ 35,00	RX ARCADA ZIGOMAT MALAR	R\$ 35,00	POR PRODUÇÃO O CONFORME TABELA APROVAD A PELO CMS	até o valor de R\$ 10.000,00 Por mês	01 demanda imediata
CONSULTA ESPECIALIZADAS	VALOR																																																																																																																
Consulta Ortopedia/Trauma	R\$ 100,00																																																																																																																
Consulta Ginecologia/Obst.	R\$ 150,00																																																																																																																
Consulta em Cardiologia	R\$ 150,00																																																																																																																
Consulta em Neurologia	R\$ 300,00																																																																																																																
Consulta em Urologia	R\$ 200,00																																																																																																																
Consulta em Dermatologia	R\$ 200,00																																																																																																																
Consulta Gastroenterologia	R\$ 150,00																																																																																																																
Consulta em Coloproctologia	R\$ 200,00																																																																																																																
Consulta em Psiquiatria	R\$ 300,00																																																																																																																
Consulta em Alergologia	R\$ 200,00																																																																																																																
Consulta em Clínica Geral	R\$ 150,00																																																																																																																
Consulta em Nutrologia	R\$ 200,00																																																																																																																
Consulta em Oftalmologia	R\$ 150,00																																																																																																																
Consulta em Mastologia	R\$ 200,00																																																																																																																
Consulta Fonoaudiologia	R\$ 150,00																																																																																																																
Consulta em Cirurgia Vascular	R\$ 200,00																																																																																																																
EXAMES	VALOR																																																																																																																
ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 170,00																																																																																																																
ECODOPLER COM STRESS FARMACOLÓGICO	R\$ 360,00																																																																																																																
ECODOPLER TRANS-ESOFAGICO	R\$ 400,00																																																																																																																
ECODOPLER TRANS TORACICO	R\$ 250,00																																																																																																																
TESTE ERGOMETRICO	R\$ 180,00																																																																																																																
ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 49,00																																																																																																																
HOLTER 24	R\$ 89,00																																																																																																																
MAPA 24 h	R\$ 89,00																																																																																																																
DOPPLER SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 179,00																																																																																																																
DOPPLER SCAN VENOSO DE MEMBROS	R\$ 179,00																																																																																																																
DOPPLER SCAN ARTERIAL DE MEMBROS	R\$ 179,00																																																																																																																
DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 179,00																																																																																																																
USG. ABDOME TOTAL	R\$ 100,00																																																																																																																
USG. ABDOOME SUPERIOR	R\$ 60,00																																																																																																																
USG. ABDOOME INFERIOR	R\$ 60,00																																																																																																																
USG. APARELHO URINARIO	R\$ 60,00																																																																																																																
USG. ARTICULACOES	R\$ 60,00																																																																																																																
USG. MAMA /ORGAOS E ESTRUT.	R\$ 60,00																																																																																																																
USG. MORFOLOGICA	R\$ 130,00																																																																																																																
USG. TIREOIDE	R\$ 60,00																																																																																																																
USG. OBSTETRICA	R\$ 60,00																																																																																																																
USG. PELVICA	R\$ 60,00																																																																																																																
USG. PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 70,00																																																																																																																
USG. PROSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 80,00																																																																																																																
USG. TRANSVAGINAL	R\$ 60,00																																																																																																																
VIDEOENDOSCOPIA DIG. ALTA	R\$ 220,00																																																																																																																
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 220,00																																																																																																																
COLONOSCOPIA	R\$ 350,00																																																																																																																
POLIPECTOMIA DE COLON	R\$ 400,00																																																																																																																
RETIRADA CORPO ESTRANHO	R\$ 300,00																																																																																																																
RX ABDOME AGUDO	R\$ 35,00																																																																																																																
RX ABDOME SIMPLES	R\$ 35,00																																																																																																																
RX ADENOIDES	R\$ 35,00																																																																																																																
RX ANTEBRACO UNILATERAL	R\$ 35,00																																																																																																																
RX ARCADA ZIGOMAT MALAR	R\$ 35,00																																																																																																																



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

		RX ART. ESTERNO CLAVICULAR	R\$ 35,00			
		RX ART. SACRO ILIACAS	R\$ 35,00			
		RX ARTIC. TEMP MAND. BILAT.	R\$ 35,00			
		RX BACIA	R\$ 35,00			
		RX BACIA AP/RA	R\$ 35,00			
		RX BRACO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX CALCANEIO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX CAVUM	R\$ 35,00			
		RX CLAVICULA UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX COLUNA CERVICAL	R\$ 35,00			
		RX COLUNA DORSAL	R\$ 35,00			
		RX COLUNA ESCOLIOSE	R\$ 35,00			
		RX COLUNA LOMBAR	R\$ 35,00			
		RX COLUNA TOR. LOMBAR ORTOST.	R\$ 60,00			
		RX COTOVELO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX COXA UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX COXO FEMURAL UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX CRANEO	R\$ 35,00			
		DENSIOMETRIA	R\$ 70,00			
		ESCANOMETRIA	R\$ 35,00			
		ESPIROMETRIA	R\$ 90,00			
		RX JOELHO AP. OBLIQ. +3 AXIAIS	R\$ 35,00			
		RX JOELHO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX MÃO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX MÃOS E PUNHOS P/IDADE OSSEA	R\$ 35,00			
		RX MAXILIAR INFERIOR	R\$ 35,00			
		RX NARIZ OU OSSOS DA FACE	R\$ 35,00			
		RX OMBRO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX OMOPLATA	R\$ 35,00			
		RX ORBITAS	R\$ 35,00			
		RX PANORAMICAS MEMB. INFER.	R\$ 35,00			
		RX PÉ UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX PERNA UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX PUNHO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX SACRO COCCIX	R\$ 35,00			
		RX SEIOS DA FACE	R\$ 35,00			
		RX SELA TURCA	R\$ 35,00			
		RX TORAX	R\$ 35,00			
		RX TORAX CVB	R\$ 35,00			
		RX TORNOZ. UNIL. ART. TIBIO -TARS.	R\$ 35,00			
		URETROCISTOGRAFIA	R\$ 220,00			
		T.C. ABDOME SUPERIOR	R\$ 190,00			
		T.C ARTICULACOES	R\$ 190,00			
		T.C COL. CERVICAL	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA COLUNA DORSAL	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA COLUNA LOMBAR	R\$ 190,00			
		T.C CRANEO	R\$ 190,00			
		T.C DE FACE OU A T M	R\$ 190,00			
		T.C MASTOIDES OU OVIDOS	R\$ 200,00			
		T.C PELVE OU BACIA	R\$ 190,00			
		T.CPESCOÇO/FARINGE/PARTES MOLES/LARINGE/TIREOIDE	R\$ 300,00			
		T.C SEGMENTOS APENDICUL.	R\$ 280,00			
		T.C TORAX	R\$ 250,00			
		T.C ABD. TOTAL	R\$ 450,00			
		TOMOGRAFIA TRATO URINÁRIO	R\$ 450,00			
		TOMOGRAFIA DE JOELHO	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA DE TORNOZELO	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA TEMP. MANDIBULAR	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA SACRO - ILIACO	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA ART. COXO FEMURAL	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA MÃOS/PÉS/PERNAS/PUNHO/BRAÇO	R\$ 190,00			
		RESSONÂNCIA DE CRÂNIO	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE ABDOME TOTAL	R\$ 700,00			
		RESSONÂNCIA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 400,00			



		RESSONÂNCIA DE ARTICULAÇÃO R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE MEMBRO APENDICULAR R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE BOLSA ESCROTAL R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE PLEXO BRAQUIAL R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE QUADRIL (CADA LADO) R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE ABDOME INFERIOR R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE TORAX R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE MASTOIDES R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE ÓRBITA R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE FACE R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE PESCOÇO R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE COLUNA DORSAL R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE COLUNA LOMBAR R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE COLUNA CERVICAL R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE COLUNA SEGUIM. ADICIONAL R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE SACRO ILIACAS R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE SELA TURCICA R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE ARTIC. TEMPORO MANDIBULAR R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE OMBRO R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE COTOVELO R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE PUNHO R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE BACIA OU PELVE R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE JOELHO R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE TORNOZELO R\$ 400,00 RESSONÂNCIA DE PÉ R\$ 400,00 COLANGIORRESSONANCIA R\$ 650,00 ENTERORRESSONANCIA R\$ 900,00 ANGIORRESSONANCIA VENOSO R\$ 900,00 ANGIORRESSONANCIA ARTERIAL R\$ 900,00 ANGIORRESSONANCIA ARTERIAL/VENOSO R\$ 1.700,00 CONTRASTE PARA EXAMES R\$ 70,00			
05	SMS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS SUS - VALORES DOS EXAMES SERÃO DE ACORDO COM A TABELA DO SUS, E AS AUTORIZAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DOS EXAMES SERÃO FEITAS PELO SISTEMA DE REGULAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	POR PRODUÇÃO O VALOR TABELA SUS	R\$ 5.300,00 mensal	-01 conforme demanda
06	SMS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS RECURSO DO MUNICÍPIO - OS EXAMES SERÃO REGULADOS/ AUTORIZADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, VISANDO ATENDER A DEMANDA COMPLEMENTAR AOS REALIZADOS PELO SUS.	POR PRODUÇÃO O CONFORME TABELA APROVADA PELO CMS	R\$ 1.500,00 mensal	-01 conforme demanda

ANEXO I

Tabela de Preços de Exames Laboratoriais pelo Convênio - Recurso do Município (Item 06)

EXAMES	VALOR
ACIDO URICO	R\$ 5,00
ACIDO FÓLICO	R\$ 20,00
ACIDO PIRUVICO	R\$ 45,00
ACIDO OXALICO	R\$ 65,00
ACIDO VALPRÓICO	R\$ 25,00
ALFA FETOPROTEINA	R\$ 25,00
ALDOSTERONA	R\$ 25,00
ALDOLASE	R\$ 15,00
ALPRAZOLAN	R\$ 125,00
AMILASE	R\$ 5,00
ANDROSTENEDIONA	R\$ 20,00



ANFETAMINA	R\$ 100,00
ANTI CARDIOLIPINA IGG E IGM	R\$ 70,00
ANTI CENTRÔMERO	R\$ 25,00
ANTI CITRULINA(CCP)	R\$ 90,00
ANTI DNA	R\$ 20,00
ANTI ENA	R\$ 75,00
ANTI GLIADINA IGA	R\$ 25,00
ANTI GLIADINA IGM IGG	R\$ 80,00
ANTI HAV IGG E IGM	R\$ 50,00
ANTI HBC IGG E IGM	R\$ 50,00
ANTI HBS	R\$ 15,00
ANTI HCV	R\$ 25,00
ANTI PEROXIDASE/ ANTI TPO	R\$ 15,00
ANTI RNP	R\$ 30,00
ANTI SCL 70	R\$ 25,00
ANTI SM	R\$ 35,00
ANTI SSA/RO	R\$ 35,00
ANTI SSB/LA	R\$ 30,00
ANTI TIREOGLOBULINA	R\$ 25,00
ANTI GAD	R\$ 120,00
ANTI HTLV	R\$ 35,00
ANTI ICA ILHOTAS	R\$ 100,00
ANTI LUPICO	R\$ 45,00
ANTI TRANSGLUTAMINASE	R\$ 75,00
ASO ANTI-ESTREPTOLISINA "O"	R\$ 5,00
BACILOSCOPIA GRAM	R\$ 5,00
BACILOSCOPIA ZIEHL (B A A R)	R\$ 5,00
BETA HCG	R\$ 10,00
B2 MIC BETA 2 MICROGLOBULINA	R\$ 35,00
BETA HIDROXI BUTIRATO	R\$ 150,00
BILIRRUBINAS	R\$ 5,00
BRUCELOSE IGG	R\$ 35,00
BIOPSIA	R\$ 65,00
BNP	R\$ 90,00
PRO BNP	R\$ 120,00
CD 3 LINFOCITOS T	R\$ 90,00
C3	R\$ 20,00
C4	R\$ 15,00
CA 125	R\$ 20,00
CA 15 3	R\$ 20,00
CA 19 9	R\$ 20,00
CALCIO	R\$ 10,00
CARBAM AZEPINA	R\$ 35,00
CATECOLAMINAS PLASMATICAS	R\$ 85,00
CAXUMBA (IGG e IGM)	R\$ 60,00
CEA	R\$ 20,00
CÉLULAS LE	R\$ 20,00
CHAGAS IFI IGG E IGM	R\$ 40,00
CHUMBO	R\$ 25,00
CITOLOGIA LIQUIDA	R\$ 40,00
CITOLOGIA ONCOPARASITÁRIA PREVENTIVO	R\$ 30,00
CITOMEGALOVIRUS	R\$ 60,00
CITOMEGALOVIRUS AVIDEZ	R\$ 110,00
CLAMIDIA IGG E IGM	R\$ 90,00
CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 15,00
CLORO	R\$ 10,00
COAGULOGRAMA	R\$ 10,00
COLESTEROL TOTAL	R\$ 5,00
COLINESTERASE	R\$ 10,00
CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,00
COOMBS DIRETO	R\$ 15,00
COOMBS INDIRETO	R\$ 20,00
CORTISOL 8 HORAS SANGUE	R\$ 20,00
CORTISOL URINA	R\$ 25,00
COPROCULTURA	R\$ 30,00
CLOBAZAM	R\$ 300,00
CPK	R\$ 10,00
CPK MB	R\$10,00



CREATININA	R\$ 5,00
CROMOGRAMINA	R\$ 450,00
CULTURA CONT COLONIAS E ANTIBIOGRAMA	R\$ 25,00
CULTURA DE ESCARRO	R\$ 35,00
CURVA GLICEMIA TOTG	R\$ 40,00
DENGUE SOROLOGIA	R\$ 20,00
DENGUE NS 1	R\$ 20,00
DHEA	R\$ 25,00
DHL	R\$ 10,00
DHT D-HIDROTESTOSTERONA	R\$ 40,00
D DIMERO	R\$ 40,00
EAS	R\$ 5,00
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS	R\$ 25,00
ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 30,00
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 30,00
EPF (PARASIT. DE FEZES	R\$ 5,00
EPSTEN BAAR (IGG e IGM)	R\$ 60,00
ERITROGRAMA	R\$ 5,00
ESPERMOGRAMA	R\$ 15,00
ESTRADIOL	R\$ 10,00
ESTRONA	R\$ 25,00
EXAME FRESCO E GRAM	R\$ 5,00
FAN	R\$ 20,00
FATOR RH	R\$ 5,00
FERRITINA	R\$ 15,00
FERRO	R\$ 10,00
FERRO SERICO	R\$ 10,00
FIBRINOGENIO	R\$ 35,00
FOSFATASE ACIDA	R\$ 10,00
FOSFATASE ALCALINA	R\$ 10,00
FÓSFORO	R\$ 10,00
FOSFOLIPIDES	R\$ 15,00
FSH	R\$ 10,00
FTA ABS IGG E IGM	R\$ 40,00
FATOR V LIDEN	R\$ 190,00
FUNGOS PESQUISA	R\$ 10,00
GAMA GT	R\$ 10,00
GLICEMIA DE JEJUM	R\$ 5,00
GLICEMIA POS-PRANDIAL	R\$ 5,00
GLUCACON	R\$ 60,00
GORDURA FECAL	R\$ 20,00
GRUPO SANGUÍNEO ABO	R\$ 10,00
HBEAG	R\$ 25,00
HBS AG	R\$ 15,00
HEMOGLOBINA	R\$ 5,00
HEMATOCRITO	R\$ 5,00
HEMOCISTEINA	R\$ 30,00
HEMOGLOBINA GLICADA	R\$ 15,00
HEMOGRAMA	R\$ 10,00
HERPES SIMPLES IGG E IGM	R\$ 70,00
HERPES (PESQUISA)	R\$ 15,00
HERPES ZOSTER VARICELA IGM E IGG	R\$ 160,00
HIV	R\$ 20,00
HISTONA	R\$ 90,00
HLA B 27	R\$ 60,00
HORMONIO DO CRESCIMENTO HGH	R\$ 20,00
IGA	R\$ 40,00
IGE	R\$ 40,00
IGE POR ALÉRGENO CADA - CONSULTAR	R\$ 20,00
IGE TOTAL	R\$ 30,00
IGF 1 SOMATOMEDINA C	R\$ 30,00
IGFBP3	R\$ 25,00
IGG	R\$ 20,00
IGM	R\$ 20,00
IMUNO FIXAÇÃO DE PROTEINAS	R\$ 180,00
INSULINA	R\$ 20,00
INDICE SATURAÇÃO TRANSFERRINA	R\$ 15,00
LAMOTRIGINA	R\$ 60,00



LATEX-FATOR REUMATOIDE	R\$ 5,00
LDL-COLESTEROL	R\$ 5,00
LEISHMANIOSE COLORAÇÃO	R\$ 10,00
LEISHMANIOSE IFI SOROLOGIA IGG E IGM	R\$ 40,00
LEUCOGRAMA	R\$ 5,00
LH	R\$ 10,00
LIPASE	R\$ 10,00
LÍPIDIOS TOTAIS	R\$ 5,00
LÍPIDOGRAMA	R\$ 20,00
LÍTIO	R\$ 20,00
MAGNÉSIO	R\$ 10,00
MICOLOGICO DIRETO	R\$ 5,00
MICRO ALBUMIRÚRIA	R\$ 15,00
MONOTEST	R\$ 25,00
MUCOPROTEINAS	R\$ 5,00
MUTAÇÃO DO GENE DA PROTAMBINA	R\$ 150,00
OXICARMAZEPINA	R\$ 100,00
PCR-PROTEINAS C REATIVA	R\$ 5,00
PEPTIDEO C	R\$ 15,00
PESQUISA DE HEMATOZOÁRIOS	R\$ 10,00
PESQUISA DE LEUCOCITOS FECAIS	R\$ 5,00
PESQUISA DE OXIUIROS	R\$ 5,00
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 10,00
PLAQUETAS	R\$ 5,00
POTASSIO	R\$ 10,00
PROGESTERONA	R\$ 25,00
PROLACTINA	R\$ 10,00
PROTEINOGRAMA	R\$ 10,00
PROTEINAS TOTAIS	R\$ 10,00
PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 70,00
PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 150,00
PROTEINÚRIA 24HS	R\$ 10,00
PROVA DE ATIVIDADE REUMATICA	R\$ 20,00
PROVA DE FUNÇÃO HEPÁTICA	R\$ 50,00
PROVA DO LAÇO	R\$ 5,00
PSA LIVRE E TOTAL	R\$ 20,00
PTH PARATORMONIO	R\$ 20,00
RETICULÓCITOS	R\$ 10,00
RETRAÇÃO DO COAGULO	R\$ 5,00
MACHADO GUERREIRO RGM HEMAGLUTINAÇÃO	R\$ 15,00
RUBÉOLA IGG E IGM	R\$ 40,00
SARAMPO SOROLOGIA	R\$ 80,00
SDHEA	R\$ 20,00
SHBG	R\$ 30,00
SIROLIMUS	R\$ 170,00
SELENIO	R\$ 35,00
SEROTONINA	R\$ 35,00
SÓDIO	R\$ 10,00
T3	R\$ 10,00
T4	R\$ 10,00
T4 LIVRE	R\$ 15,00
TACROLIMUS	R\$ 100,00
TAP TEMPO DE PROTOMBINA	R\$ 10,00
TEMPO DE COAGULAÇÃO-TC	R\$ 5,00
TEMPO DE SANGRAMENTO-TS	R\$ 5,00
TESTOTERONA LIVRE E TOTAL	R\$ 30,00
TGO-TRANSAMINASE	R\$ 5,00
TGP-TRANSAMINASE	R\$ 5,00
TIREOGLOBULINA	R\$ 20,00
TOXOPLAMOSE IGG E IGM	R\$ 30,00
TOXOPLASMA AVIDEZ	R\$ 90,00
TRANSFERRINA	R\$ 20,00
TRAB	R\$ 45,00
TRIGLICERIDES	R\$ 5,00
TROPONINA	R\$ 40,00
TSH	R\$ 10,00
TTPA	R\$ 10,00
UREIA	R\$ 5,00



VITAMINA D	R\$ 20,00
VITAMINA D25	R\$ 30,00
VITAMINA A	R\$ 30,00
VITAMINA C	R\$ 60,00
VITAMINA E	R\$ 90,00
VITAMINA B1	R\$ 90,00
VITAMINA B2	R\$ 110,00
VITAMINA B3	R\$ 250,00
VITAMINA B5	R\$ 600,00
VITAMINA B6	R\$ 90,00
VITAMINA B12	R\$ 20,00
VLDL COLESTEROL	R\$ 5,00
VDRL	R\$ 5,00
VHS HEMOSSSEDIMENTAÇÃO	R\$ 5,00
ZINCO	R\$ 20,00

URINA E URINA DE 24 HORAS

ACIDO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
ALDOSTERONA URINA 24 HS	R\$ 40,00
CALCIO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
CISTINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 10,00
CATECOLAMINAS URINARIAS	R\$ 90,00
CITRATO URINA 24 HORAS	R\$ 20,00
MAGNESIO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
MICROALBUMINURIA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 15,00
MICROALBUMINURIA URINA 24 HORAS	R\$ 15,00
OXALATO URINA 24 HORAS	R\$ 45,00
POTASSIO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
SODIO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
PROTEINA URINÁRIA	R\$ 10,00
AMILASE URINÁRIA	R\$ 10,00
AMONIA URINA 24 HS	R\$ 55,00
CLORETO URINA 24 HS	R\$ 10,00
ELETROFORESE PROTEINAS URINA	R\$ 55,00
ELETROFORESE PROTEINAS URINA 24 HS	R\$ 85,00
CORTISOL URINA 24HS	R\$ 25,00

1.1.2 Os interessados relativos aos itens 01, 02 e 03 deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de Fiscalização de Classe do Estado de Goiás até o ato da assinatura do contrato.

1.1.3 Os valores a serem pagos conforme a prestação dos serviços serão os constantes da tabela apresentada no subitem anterior, devidamente aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, vide resolução constante dos autos, podendo os referidos valores sofrerem alteração durante a execução do contrato, mediante a edição de Termo Aditivo, em conformidade com os dispositivos constantes da Lei Federal nº 14.133/2021.

1.2. Considerando a natureza temporária, eventual e autônoma da prestação dos serviços, não haverá qualquer tipo de vínculo empregatício entre o credenciado e o Município de Rubiataba - Goiás, ou a Secretaria Municipal de Saúde.

1.3. O Edital terá validade de 01 (um) ano, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da Secretaria Municipal de Saúde de Rubiataba- Goiás.



1.4. O Credenciamento ficará aberto durante o período de 01 (um) ano, podendo os interessados se credenciar a qualquer tempo nesse período, sendo que para cada nova demanda que surgir no período, será dada a devida publicidade e registrado os atos em ata.

1.5. O credenciamento obedecerá às regras do regime de execução indireta na forma mensal, com exceção dos serviços descritos no item 03 e 04 que serão por procedimento.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar deste procedimento todos os interessados (pessoa física e jurídica), que preencham as condições mínimas exigidas neste edital, no prazo de vigência do presente certame.

2.2. Os interessados deverão aceitar os valores pré-determinados pelo Município de Rubiataba - Goiás, valores estes que foram analisados e pré-aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a legislação pertinente, conforme especificado neste Edital.

2.3. Os servidores concursados do município não poderão credenciar no presente certame, em vista da vedação legal para cumulação de cargos públicos e funções públicas prevista na Constituição Federal, ressalvadas as exceções previstas na própria constituição.

2.4. O interessado em participar do presente edital, detentor de cargo efetivo de outro ente federado, poderá participar, desde que a carga horária seja compatível com o serviço a ser executado.

2.5. Para os profissionais interessados pessoa física são também requisitos:

- a) Idade mínima de 18 anos;
- b) Quitação com as obrigações militares e eleitorais;
- c) Nível de Escolaridade exigido para o exercício do cargo/função pública;
- d) Estar em pleno gozo de seus direitos civis e políticos.

2.6. Não poderão participar deste credenciamento:

2.6.1. Quaisquer interessados que se enquadrarem nas vedações previstas no artigo 14 da Lei nº 14.133/2021, vedada a participação de profissional já ocupante de cargo efetivo neste município.

2.6.2. Interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV, do art. 87 da Lei 8.666/93, ou nos incisos III e IV do artigo 156 da Lei 14.133/2021.

2.6.3. Profissionais cuja carga horária seja incompatível com o serviço a ser executado;

3. DO CREDENCIAMENTO

3.1. É facultado a todo interessado que preencher os requisitos mínimos



fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significa que a Secretaria terá um cadastro de profissionais da área que ficará à disposição dos beneficiários.

3.2. O credenciamento será feito a todas as pessoas, independentemente do número de demandas oferecidas, cabendo ao Poder Público credenciante a solicitação dos serviços para os beneficiários, conforme a necessidade das demandas.

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

3.4. O período inicial das inscrições/apresentação de documentos para a primeira análise será nos dias 13 a 17 de novembro de 2023 das 08h às 17h na sala do Departamento de Licitações e Contratos da Prefeitura Municipal de Rubiataba.

3.5. O Procedimento de inscrição ao Credenciamento previsto neste Edital dar-se-á através da entrega de todos os documentos exigidos no item 5 deste edital;

3.6. Caso a documentação esteja incompleta, aquele interessado será desclassificado do presente credenciamento.

4. PROCEDIMENTOS TAREFAS/ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

4.1. Os atendimentos e serviços prestados serão demonstrados mensalmente, através de faturas de serviços expedidos pelos credenciados ou comprovação do cumprimento da execução efetiva dos serviços e da carga horária mínima pactuada em quantidade de horas do profissional, com visto da Secretária Municipal de Saúde.

5. CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA

5.1. O requerimento de inscrição dos interessados, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, deve estar acompanhado dos seguintes documentos:

- I Requerimento para Credenciamento devidamente preenchido;
- II CPF;
- V - RG;
- VI Comprovante de PIS/PASEP;
- VII Carteira de Reservista (para pessoas físicas - homens);
- VIII Comprovante de endereço atualizado (até 03 meses);
- IX Declaração de Idoneidade, conforme modelo anexo;
- X Declaração que não exerce função pública/ ou caso exerça, Declaração indicando a entidade empregadora, forma de provimento, cargo e horário de trabalho;
- XI Declaração de Autônomo;
- XII Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso para área requerida;
- XIII Diploma ou Certificado da especialidade pretendida (se for o caso);
- XIV Comprovante de inscrição no Conselho de Classe ou Órgão equivalentes do Estado de Goiás;
- XV Documentos que comprovem a experiência na área (não é desclassificatório).
- XVI Currículo Profissional (assinado);
- XVII Certidão Negativa de Débitos Conjunta Federal;



XVIII- Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;
XIX Certidão Negativa de Débitos Estadual;
XX - Certidão Negativa de Débitos Municipal.
XXI Declaração de adequação e fidelidade dos documentos apresentados, conforme Modelo em anexo;

6. CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA

6.1. O requerimento de inscrição dos interessados, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, deve estar acompanhado dos seguintes documentos:

- I. Requerimento para o credenciamento devidamente preenchido;
- II. Contrato Social e suas alterações;
- III. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, com situação ativa;
- IV. Comprovante de endereço atualizado da empresa (até 03 meses);
- V. Certidão Negativa de Débitos Conjunta Federal da empresa;
- VI. Certidão Negativa de Débitos Estadual da empresa;
- VII. Certidão Negativa de Débitos Municipal da sede da empresa;
- VIII. Certidão de Regularidade com o FGTS da empresa;
- IX. Certidão Negativa de Débitos Trabalhista da empresa;
- X. Certidão Negativa de Pedido de Falência ou Concordata, ou Recuperação Judicial da sede da empresa.
- XI. Declaração de que não emprega menor de idade;
- XII. Declaração informando o nome do Responsável Técnico pela empresa;
- XIII. CPF do Responsável Técnico;
- XIV. RG do Responsável Técnico;
- XV. Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso para área requerida, do Responsável Técnico;
- XVI. Diploma ou Certificado da especialidade pretendida (se for o caso), do Responsável Técnico;
- XVII. Comprovante de inscrição no Conselho de Classe ou Órgão equivalente do Estado de Goiás, do Responsável Técnico;
- XVIII. Documentos que comprovem a experiência na área do Responsável Técnico (não é desclassificatório).
- XIX. Currículo Profissional do Responsável técnico (assinado);
- XX. Declaração de adequação e fidelidade dos documentos apresentados, conforme Modelo em Anexo.

7. DO ENVELOPE

7.1. O envelope constando a documentação relacionada nos itens 6.1 ou 6.2 deverá estar lacrado e identificado com a inscrição externa conforme modelo abaixo:

À COMISSÃO DO CREDENCIAMENTO Nº 002/2023
MUNICÍPIO DE RUBIATABA - GOIÁS
ASSUNTO: EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 002/2023
NOME DO INTERESSADO:
CPF/CNPJ nº:
ITEM E DESCRIÇÃO SERVIÇO PARA O QUAL SE CANDIDATA:

8. DOS CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO DE DEMANDA (ART. 79,



parágrafo único, II – Lei 14.133/2021)

8.1. A Comissão de Credenciamento instaurada pelo Decreto nº 1099/2023, será responsável por analisar e habilitar a proposta e a documentação especificada nos itens 6.1 e 6.2, bem como divulgar a relação dos credenciados habilitados, os quais, posteriormente, serão chamados para assinar os respectivos contratos, conforme à necessidade dos órgãos credenciantes.

8.2. Não serão credenciados os PROPONENTES que apresentarem as documentações e/ou propostas incompletas, ou mesmo em desatendimento ao exigido por este Edital e seus anexos.

8.3. A comissão constituída verificará o atendimento das normas exigidas neste Edital, considerando a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde em atender às demandas da população nas suas respectivas áreas de atuação.

8.4. O Credenciamento será realizado em três etapas:

A) Primeira etapa: Análise documental, de caráter eliminatório e habilitatório, onde será avaliado o preenchimento das condições de habilitação.

B) Segunda Etapa: Análise Curricular com pontuação;

C) Terceira Etapa: Persistindo empate, será realizado o sorteio.

8.5. A análise documental de pessoa física compreende:

8.5.1. A investigação da veracidade/legalidade das informações contidas nas documentações apresentas;

8.5.2. Regularidade do CPF e apresentação correta dos documentos solicitados.

8.6. A análise documental de pessoa jurídica compreende:

8.6.1. A investigação da veracidade/legalidade das informações contidas nas documentações apresentas;

8.6.2. Regularidade do CNPJ e apresentação correta dos documentos solicitados.

8.7. A análise curricular compreenderá pontuação da seguinte forma:

CREDENCIADO			
Apresentação de Currículo		1,0 ponto	
Experiências profissionais e pós-graduação concluída**	ITENS	PONTUAÇÃO	SUBTOTAL*
	Pós Graduação concluída na área dos serviços pretendidos***	1,5 pontos por especialização (limitado a duas especializações)	3,0
	Pós Graduação concluída em outras áreas correlatas	1,0 ponto por especialização (limitado a uma especialização)	1,0
	Cursos Livres na área dos serviços a serem contratados	1,0 ponto para cada 100 horas certificadas, (podendo somar os	4,0



		certificados) (pontuação máxima 4,0 pontos)	
	Experiência comprovada nos serviços pretendidos.	2,0 ponto a cada 12 (doze) meses de trabalho (Pontuação máxima 8,0 pontos)	8,0

*Refere-se à soma máxima obtida na atividade

**Todos os itens devem ser devidamente comprovados com documentos dos mesmos juntamente com os demais documentos no envelope da inscrição no processo de credenciamento, devendo constar nos documentos assinatura e nome do responsável pela respectiva informação, bem como data, local, carga horária e em papel timbrado.

***A especialização específica como requisito para atender a demanda do serviço não será computada na pontuação.

8.8. Permanecendo o empate para a distribuição da demanda, será realizado sorteio pela Comissão Credenciante na sessão aberta e pública e com data divulgada no site da prefeitura, após a análise e divulgação do resultado da Segunda Etapa (Análise Curricular).

9. DOS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

9.1. Não apresentar as documentações e comprovações exigidas por este Edital e seus anexos;

9.2. Ter sido exonerado ou descredenciado da Administração Municipal de RUBIATABA por atos de indisciplina; ou processo de sindicância ou irregularidades já transitado e julgado.

9.3. Será excluído do Credenciamento o candidato que:

9.3.1. Fizer, em qualquer fase ou documento, declaração falsa ou inexata;

9.3.2. Tornar-se culpado de incorreções ou descortesias com qualquer membro da equipe encarregada da realização do Processo de Credenciamento.

10. DA PUBLICIDADE

10.1. A Comissão de Credenciamento dará a devida publicidade mediante a publicação da lista dos PROPONENTES habilitados ao credenciamento no portal constante do site da Prefeitura.

11. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

11.1. Os interessados poderão impugnar o Edital e/ou recorrer do resultado publicado no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas contadas a partir do primeiro dia útil subsequente à sua publicação, com apresentação das razões, devidamente fundamentadas, digitada em 02 (duas) vias, devendo ser entregue na sala da Comissão de Licitações e Contratos, localizada no endereço já anteriormente descrito.

11.2. A impugnação será apreciada pela Comissão de Credenciamento no prazo de até 5 (cinco) dias úteis do protocolo;

12. DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

12.1. Os serviços a serem prestados serão executados na sede do Município de Rubiataba - Goiás, zonas urbanas descontínuas, seus povoados e



unidade prisional, caso necessário, e em especificamente junto à Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos da administração municipal que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, junto à população do município, a depender da determinação da SMS.

12.2. A execução dos serviços será em conformidade com os programas de saúde, através de procedimentos específicos ou mediante a prestação de hora do profissional envolvido, observando como limite o fixado no instrumento contratual.

12.3. A credenciada se obriga a fornecer a documentação prévia em conformidade de todos os profissionais que irão prestar o serviço objeto deste credenciamento, de acordo com as especificações constantes no item anterior.

12.4. É vedado o cometimento a terceiros (subcontratação) da execução dos serviços prestados mediante credenciamento.

13. DO PAGAMENTO

13.1. O pagamento pelos serviços prestados pelos credenciados será mensal, mediante a apresentação da nota fiscal/fatura devidamente acompanhada das respectivas autorizações de procedimentos emitidas pelo Município, através da Secretaria Municipal de Saúde bem como pelos quadros de frequência, planilhas de produções de serviços e escalas de plantões devidamente atestadas.

13.2. O Fundo Municipal de Saúde, no prazo convencionado no termo, pagará aos credenciados (Pessoa Física ou Jurídica) da área de saúde as faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme valores constantes da tabela de honorários, consultas/procedimentos SUS, e constantes do ANEXO V, pelos serviços efetivamente prestados e comprovados através do quadro de frequência, das planilhas de produções de serviços, escalas de plantões, autorizações de internações hospitalares e autorizações para exames complementares auditados.

13.3. É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros (associação de servidores, p. ex) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

13.4. Aos credenciados fica proibido exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco.

13.5. Para entidades conveniadas, prestadoras de serviços, com ou sem fins lucrativos, e empresas privadas que terão seus serviços adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, serão pagos pelos serviços efetivamente prestados os valores unitários de cada procedimento, conforme tabela do SIA e SIH/SUS em vigor, editada pelo Ministério da Saúde, mediante faturas, relatórios e documentos comprobatórios para análise e avaliação da Secretaria Municipal de Saúde. Podendo adotar a tabela diferenciada devidamente aprovada no Conselho Municipal de Saúde, conforme necessidade e prioridade do serviço (Portaria GM/MS nº 1.606/2001).

14. DOS ENCAMINHAMENTOS DOS SERVIÇOS

14.1. O Município não fará encaminhamento dirigido dos usuários tomadores de serviços de saúde, somente emitirá requisição de execução de procedimento sem a indicação do destinatário prestador e estes farão as cobranças



dos serviços mediante nota fatura, acompanhadas das respectivas requisições de serviço. Os usuários e os serviços deverão seguir as normas de acesso da Regulação Assistencial.

15. DO PRAZO DE VALIDADE DO CREDENCIAMENTO

15.1. O credenciamento do proponente será julgado para cada área ou especialidade disposta neste edital, o qual vigorará pelo período de 12 (doze) meses, podendo os interessados credenciar para as demandas abertas a qualquer tempo nesse período, sendo que surgindo novas demandas, serão publicados novos chamamentos.

15.1.1. O credenciamento não implica na obrigação de contratar por parte do Município.

15.1.2. Havendo interesse do Município na contratação de serviços de atendimento para determinada área ou especialidade, serão celebrados os ajustes, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a necessidade do município e com o resultado do credenciamento.

16. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

16.1. As despesas resultantes deste procedimento correrão a conta do orçamento geral do município e com recursos advindos de programas e convênios dos Governos Federal e Estadual, nas seguintes dotações:

ÓRGÃO/ENTIDADE	DOTAÇÃO	FICHA	FUNTE/ORIGEM
CAPS	15.01.10.302.1004.2.112.3.3.90.34.03	276	1.07.017/FEDERAL
ESF	15.01.10.301.1004.2.110.3.3.90.34.03	243	1.07.008/FEDERAL
HOSPITAL MUNICIPAL	15.01.10.302.1004.2.070.3.3.90.34.03	252	1.02.000/MUNICIPAL
FMS	15.01.10.301.1004.2.078.3.3.90.34.03	229	1.02.000/MUNICIPAL 1.07.000/FEDERAL

17. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

17.1. O profissional que, depois de contratado não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficará sujeito às penalidades, previstas na Lei 14.133/2021 e no Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal, capítulo II-B), abaixo:

- Notificação;
- Advertência;
- Multa de 10% (dez por cento) do valor da obrigação, nos casos de se negarem a cumprir com as obrigações assumidas expressa ou tacitamente, valor este atualizado até a data da sua liquidação, através do mesmo índice de correção monetária utilizado para os serviços públicos municipais;
- Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro de Profissionais de Saúde da Administração Municipal e impedimento de contratar com o Município de Rubiataba - Goiás, ou pelo prazo de até 02 (dois) anos incluindo de participar de novos chamamentos ou a sua contratação pelo poder público.

17.2. Os usuários poderão denunciar qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou faturamento.

18. DA ASSINATURA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS)



18.1. Após o credenciamento será formalizado Contrato de Prestação de Serviços, conforme minuta anexo deste edital, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

18.2. Após o credenciamento, a administração convocará os credenciados para assinar o Contrato de Prestação de serviços;

18.3. Os convocados terão o prazo máximo de 03 (três) dias úteis contados do recebimento da convocação, para assinar o contrato.

18.4. Os contratos terão vigência até 31 de dezembro de 2023, podendo ser prorrogados em conformidade com o que dispõe a Lei 14.133/2021.

18.5. O Município poderá, a qualquer momento, solicitar do credenciado a comprovação de recolhimento do INSS e FGTS do período a que está vinculado e em caso de inadimplemento suspenderá a credencial.

18.6. Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital sem que caibam reclamações ou indenizações.

18.7. A credenciada pessoa física não terá qualquer vínculo trabalhista com a administração, sendo um contrato de natureza de prestação de serviços.

18.8. A credenciada pessoa jurídica deverá arcar, no âmbito de suas respectivas responsabilidades, com despesas de natureza social, trabalhista, previdenciária, tributária, securitária ou indenizatória, não possuindo qualquer vínculo empregatício com o Fundo Municipal de Saúde de Rubiataba - Goiás.

19. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1. Este edital de chamamento, devidamente publicado na imprensa oficial, admitirá a apresentação de documentação, conforme legislação vigente.

19.2. Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde, em dias de expediente normal e horário comercial, das 08 horas às 11 horas e das 13 horas às 17 horas. Telefones: (062) 33251514.

19.3. Os anexos são partes integrante deste:

ANEXO I – MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO FISICA E JURIDICA

ANEXO II- MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE FISICA E JURIDICA

ANEXO III- MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTENCIA DE EMPREGADO MENOR

ANEXO IV- MODELO DE DECLARAÇÃO AUTÔNOMO

ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

ANEXO VI - TERMO DE DECLARAÇÃO

ANEXO VII - MINUTA CONTRATUAL

ANEXO VIII - TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO IX – MODELO DE CURRÍCULO

Rubiataba - GO, 09 de novembro de 2023.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TALITTA POLLYANA FERREIRA KOBAYASHI
Secretária Municipal de Saúde- Decreto 003/2021



ANEXO I-A
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

MODELO I
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA FÍSICA

Ao: Município De Rubiataba - Goiás / Secretaria Municipal De Saúde

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA SAÚDE divulgado pelo Município de RUBIATABA/ Secretaria Municipal de Saúde, objetivando a prestação de serviços na área da saúde, na especialidade _____, nos termos do chamamento público nº 002/2023.

Nome	
Nº Conselho	
Endereço	
Cidade	
CEP	
CPF Nº	
Especialidade	
PIS/PASEP:	

Telefone Comercial		
Celular / WhatsApp:		Email:
Banco:	Agência:	Conta Corrente:

Declaração de Veracidade e concordância: Declaro para todos os fins que, todas as informações e documentos apresentados são verdadeiros, e concordo com todas as cláusulas estabelecidas no Edital de Chamamento Público do Credenciamento nº 002/2023 e que serão cumpridas.

Rubiataba, Goiás, _____/_____/2023.

Assinatura



ANEXO I-B
MODELO
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

Ao: Município De Rubiataba/ Secretaria Municipal De Saúde

A EMPRESA INTERESSADA, abaixo qualificada requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA SAÚDE divulgado pelo Município de RUBIATABA/ Secretaria Municipal de Saúde, objetivando a prestação de serviços na área da saúde, na especialidade _____, nos termos do chamamento público nº 002/2023.

Dados da Empresa:

Nome	
CNPJ	
Endereço	
Cidade	
CEP	
Especialidade	

Dados do Responsável técnico:

Nome	
Nº Conselho	
Endereço	
Cidade	
CEP	
CPF Nº	
Especialidade	

Telefone Comercial		
Celular / WhatsApp:	Email:	
Banco:	Agência:	Conta Corrente:

Declaração de Veracidade e concordância: Declaro para todos os fins que, todas as informações e documentos apresentados são verdadeiros, e concordo com todas as cláusulas estabelecidas no Edital de Chamamento Público do Credenciamento nº 002/2023 e que serão cumpridas.

Rubiataba, Goiás, ____/____/2023.

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II-A

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE– PESSOA FÍSICA

Rubiataba, _____ / _____ / _____.

À Comissão de Licitação – Município de RUBIATABA / Secretaria Municipal de Saúde

Referência: Edital de Chamamento – Credenciamento nº 002/2023.

Prezados Senhores,

Declaro para os fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento para prestação de serviços na área da saúde, que não fui declarado inidôneo para licitar ou contratar como Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Assinatura: _____

CPF: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II-B

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE– PESSOA JURÍDICA

À Comissão de Licitação – Município de RUBIATABA/Secretaria Municipal de Saúde

Referência: Edital de Chamamento – Credenciamento nº 002/2023.

Prezados Senhores,

Declaramos para os fins de direito, na qualidade solicitante de cadastramento para prestação de serviços na área de saúde, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

_____ de 2023.

Assinatura do Responsável Legal
CNPJ _____

CARIMBO DA EMPRESA



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTENCIA DE EMPREGADO MENOR
PESSOA JURÍDICA

REF: EDITAL DE CHAMAMENTO NO CREDENCIAMENTO Nº 002/2022.

_____, inscrito no CNPJ nº _____ por
intermédio de seu representante legal o (a) Sr.(a) _____, portador (a) da
Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____,
DECLARA que não empregam menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso
ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Rubiataba - GO, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO AUTÔNOMO

Eu, _____, (qualificação), de conformidade com o Edital de Credenciamento e o Termo de Credenciamento estipulado com o Município de Rubiataba (GO), através da Secretaria Municipal de Saúde, DECLARO estar ciente de que fui credenciado para prestação de serviços sem vínculo empregatício para exercer funções como profissional autônomo.

DECLARO, ainda, estar ciente de que o referido Termo de Credenciamento e o contrato dele decorrente é regido pela Lei nº 14.133/2021 e da submissão a todos os ditames previstos no edital nº 002/2023.

Rubiataba- (GO), ____ de _____ de 2023.

DECLARANTE



ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Venho perante a Administração Pública Municipal de Rubiataba, Estado de Goiás, DECLARAR, sob minha inteira e pessoal responsabilidade, para todos os fins que se fizerem necessários, e para que surta todos os seus jurídicos e legais efeitos, que até a presente data, não ocupo nenhum cargo público, de qualquer condição, bem assim não possuo aposentadoria por invalidez ou qualquer outra forma de impedimento legal, em nenhuma esfera do Poder, seja Federal ou Municipal, nos termos e condições da legislação vigente, aplicável à matéria posta, especialmente das leis editadas pelo Município, sujeitando-me pela veracidade ideológica da presente, as consequências e ao rigor da lei, assumindo, de consequência, ônus das declarações, isentado, os agentes administrativos, de qualquer envolvimento da expressões e afirmativas, contidas na presente declaração.

Por consistir na expressão da verdade, firmo a presente, para cumprimento das formalidades legais.

Rubiataba, _____/_____/_____

Assinatura
CPF:



ANEXO VI
DECLARAÇÃO

À COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

Ref.: CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – Nº ____/2__ A
Empresa _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, Inscrição
Estadual nº _____ propõe a essa entidade o credenciamento para prestação
de serviços de saúde, acima referenciado.

DECLARAMOS QUE:

- 1) Nos serviços oferecidos estão incluídas todas as despesas com encargos sociais, seguros, taxas, tributos e contribuições de qualquer natureza e quaisquer outros encargos necessários à perfeita execução do objeto do credenciamento;
- 2) Que os preços/taxa de administração contratados são justos e certos, podendo sofrer reajuste apenas nas hipóteses e condições previstas no instrumento contratual, cuja minuta conhecemos;
- 3) Examinamos cuidadosamente o Regulamento do Credenciamento e seus anexos e nos inteiramos de todos os seus detalhes e com eles concordamos, bem como todas as dúvidas e/ou questionamentos formulados foram devidamente esclarecidos. Estamos cientes e aceitamos todas as condições do Regulamento do Credenciamento e a elas, desde já, nos submetemos.
- 4) Que todas as cópias de documentos apresentados são fiéis aos originais.

Rubiataba, _____ de _____ de 2023.

Nome e Assinatura do Representante Legal



ANEXO VII

MINUTA DO CONTRATO
Contrato de Prestação de Serviços
Credenciamento: XXXXXXXXXXXXXXXXX

Processo nº _____
Credenciamento nº 002/2023
Inexigibilidade nº ____/2023.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS N.XXX / 20XX QUE ENTRE SI
FAZEM, DE UM LADO, O MUNICÍPIO DE
RUBIATABA, POR INTERMÉDIO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE
_____, E O PROFISSIONAL
XXXXXXXXXXXXXX.

O MUNICÍPIO DE RUBIATABA - GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede na Praça Indaiá, nº 01, Centro, inscrito no CNPJ sob o nº 11.279.755/0001-93, representado neste ato pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. **TALITTA POLLYANA FERREIRA KOBAYASHI**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF nº. 712.293.881-68, residente e domiciliada neste município, nomeada gestora do FMS, através do decreto Nº 003/2021, doravante denominado simplesmente de CONTRATANTE, e do outro lado a empresa _____, inscrita no CNPJ Nº _____, representada pelo Sr. (a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, brasileiro (a), portador (a) do CPF n.XXX.XXX.XXX-XX, inscrito no Conselho Regional de XXXXXX sob o n. XXXXX, residente e domiciliado nesta capital, a seguir denominado simplesmente CREDENCIADO, celebram o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS decorrente do CREDENCIAMENTO Nº 002/2023, tem entre si, justo e avençado e celebram, com fundamento legal XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, e por força o presente contrato, mediante as cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços XXXXXX, a serem executados nas unidades da rede própria, conveniada e/ou credenciada da Secretaria Municipal de Saúde de Rubiataba, e nos termos do Edital de Chamamento Público do Credenciamento nº 01/2023.

1.2. Na execução do presente contrato, os serviços serão prestados em carga horária de XX (XXXX) horas semanais.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA

2.1. O presente contrato terá vigência de ____ (____) meses, contados a partir de XX/XX/20XX, podendo ser prorrogado, nos termos do Art. 107 da Lei nº



14.133/2021 e alterações posteriores.

2.2. A prorrogação será formalizada mediante Termo Aditivo, conforme interesse das partes.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PAGAMENTO

3.1. A Contratada pagará os serviços efetivamente executados pelo Contratado até o 10 (décimo) dia útil do mês subsequente ao do mês de sua execução.

3.2. pagamento somente se dará após regular certificação da despesa pelo responsável pela fiscalização do contrato e pelo responsável pelo Controle Interno, na forma da legislação vigente.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR E DA DOTACAO ORCAMENTÁRIA

4.1. Estima-se para a execução do presente contrato a importância anual de R\$ XXXXXX,XX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) e mensal de R\$ XXXXX,XX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) que correrão por conta da dotação orçamentária n. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES

5.1. DA CONTRATANTE

5.1.1. A CONTRATANTE, durante a vigência do presente contrato, se compromete a:

a) Propiciar ao CONTRATADO, as condições necessárias ao perfeito cumprimento do objeto contratado, conforme constante do Edital; e dentro das possibilidades técnicas e financeiras desta CONTRATANTE;

b) Fiscalizar, por auditoria a execução das obrigações contratadas, se possível, emitindo relatório detalhado do qual conste informações acerca da qualidade e eficiência dos serviços executados, e sua conformidade com os termos deste contrato, sempre garantindo ao credenciado o contraditório e ampla defesa;

c) Dirimir dúvidas e orientar por escrito ao CONTRATADO, por suas Diretorias, Gerências e demais setores, a respeito de qualquer alteração nas normas internas, técnicas ou administrativas sobre o objeto contratado, respeitando as disposições do edital;

d) Efetuar os pagamentos nas condições descritas no item 3.1 da Cláusula Terceira deste instrumento;

e) Disponibilizar ao CONTRATADO uma cópia do presente contrato.

5.2. DO CONTRATADO

5.2.1. O CONTRATADO durante a vigência do presente contrato se compromete a:

a) Executar integralmente, sem qualquer resistência ou obstáculo, com zelo e dedicação as atribuições inerentes ao objeto do contrato, por sua conta e risco, sob sua total responsabilidade;

b) Observar as normas legais e regulamentares pertinentes, bem como, os protocolos emitidos pela CONTRATANTE, quando aplicáveis a execução do objeto contratado;

c) Atender com presteza ao público em geral, prestando às informações requeridas, ressalvadas as protegidas por sigilo, na forma da lei;



- d) Levar ao conhecimento do CONTRATANTE, formalmente e por escrito, as irregularidades que tiver ciência em razão da execução do contrato e/ou que constituam obstáculo a sua fiel execução;
- e) Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público, colocado a sua disposição para execução do objeto deste contrato;
- f) Tratar com humanidade e respeito toda e qualquer pessoa com quem mantiver contato em decorrência da execução deste contrato;
- g) Não promover manifestação de apreço ou desapreço, no local de execução do contrato;
- h) Não retirar do local de execução do contrato, sem previa autorização, por escrito, do CONTRATANTE, qualquer documento e/ou objeto, ao qual tenha acesso em razão deste Contrato;
- i) Não praticar atos de comércio de bens e/ou serviços no local onde executa o objeto deste contrato;
- j) Não valer-se do presente contrato para lograr proveito ilícito pessoal ou de outrem em detrimento da dignidade da Administração Pública;
- k) Não exercer quaisquer atividades incompatíveis a execução do presente contrato;
- l) Não praticar em razão da execução deste contrato, ato definido como crime e/ou contravenção, ou ainda ofensa física ou verbal, a qualquer pessoa, ressalvada as excludentes previstas em lei;
- m) Não opor resistência injustificada a execução dos serviços objeto deste contrato;
- n) Não utilizar pessoal ou recursos materiais do local onde executa os serviços objeto deste contrato, colocados a sua disposição em razão deste, em serviços ou atividades particulares;
- o) O CONTRATADO se compromete a disponibilizar a CONTRATANTE, de acordo com as necessidades deste, a quantidade integral de horas de serviço a serem executadas nas Unidades Municipais de Saúde;
- p) Apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- q) Comunicar a CONTRATANTE, o interesse na desistência de cumprimento do presente contrato, por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, para efeito de sua rescisão.

5.2.2. O objeto deste contrato poderá ser executado em qualquer unidade indicada, pela Administração, sempre que observada a necessidade do serviço;

5.2.3. Por interesse da CONTRATANTE o local de execução do objeto, poderá ser alterado a qualquer momento, sem necessidade de aviso prévio, de acordo com o interesse da Administração.

5.2.4. O presente instrumento não estabelece nenhum vínculo de emprego entre a CONTRATANTE e o CONTRATADO, não gerando direito a indenizações trabalhistas, tais como FGTS, Férias e pagamento de Décimo Terceiro Salário, sob qualquer título.

5.2.5. Na execução do objeto deste contrato, o CONTRATADO deverá observar a legislação pertinente, em especial as relativas ao exercício profissional, conforme normas do respectivo Conselho de Classe.



5.2.6. O CONTRATADO fica obrigado a manter, durante a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, a regularidade fiscal e qualificação exigida em lei, para formalização do contrato.

6. CLÁUSULA SEXTA - DOS TRIBUTOS

6.1. Dos pagamentos devidos ao CONTRATADO serão descontados os encargos tributários e sociais previstos em Lei, decorrentes do presente contrato.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

7.1. Ao contratado que descumprir total ou parcialmente, ainda que temporariamente, as obrigações assumidas, serão aplicadas as seguintes sanções, previstas na Lei 14.133/2021, bem como nas cláusulas específicas do edital e do contrato:

I - Advertência;

II - Multa;

III - impedimento de licitar e contratar;

IV - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

7.2. A multa será imposta ao contratado que executar parcialmente o objeto contratado ou não o executar, situação em que restará configurada, respectivamente, a inexecução parcial e a inexecução total do contrato.

7.3. Para imposição de quaisquer das sanções acima, fica garantido o direito prévio da ampla defesa e do contraditório no devido processo legal, por meio de citação ao CONTRATADO.

7.4. Independentemente das sanções retro o CONTRATADO ficará sujeito, ainda, à composição das perdas e danos causados à Administração, decorrentes de sua inadimplência e/ou mora na execução deste Contrato.

7.5. O valor das multas aplicadas a título de punição será descontado dos pagamentos eventualmente ao CONTRATADO pela CONTRATANTE, ou ainda, cobrado diretamente do CONTRATADO, amigável ou judicialmente.

7.6. A CONTRATANTE, para garantir o fiel pagamento das multas, reserva-se o direito de reter o valor, de eventuais créditos a favor do CONTRATADO, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial.

7.7. Os atos praticados pelo CONTRATADO, na execução deste contrato, que constituem ilícito ético profissional, deverão ser comunicados pela CONTRATANTE ao respectivo Conselho Profissional de fiscalização das atividades profissionais a que seja vinculado o CONTRATADO para devidas providências, quando for o caso.

8. CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO

8.1. Por interesse Público superveniente, o presente contrato poderá, a qualquer tempo, ser partes. A critério da CONTRATANTE, independentemente de interpelação judicial, poderá o contrato ser ainda rescindido caso ocorra:

a) Condenação criminal do CONTRATADO a pena privativa de liberdade, com sentença transitada em julgado;

b) Perda ou Suspensão do direito de exercer a profissão pelo CONTRATADO, por decisão do respectivo Conselho da Classe;

c) Descumprimento pelo CONTRATADO de qualquer cláusula deste contrato.

d) Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, devidamente justificadas e determinados pela máxima autoridade da esfera



administrativa do CONTRATANTE, e exaradas no processo administrativo a que se refere este Contrato;

e) A admissão de concursados.

8.2. Se o CONTRATADO deixar de prestar serviço nos termos deste contrato poderá ser rescindido o contrato automaticamente, de forma unilateral.

8.3. Se o CONTRATADO deixar de ter a qualificação exigida no contrato e/ou estar em débito com suas obrigações fiscais, devendo manter sua regularidade fiscal mensalmente, durante a execução do contrato, sob pena de rescisão unilateral do contrato e retenção dos valores a serem pagos.

9. CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

9.1. Caberá a CONTRATANTE providenciar, por sua conta, a publicação resumida do Instrumento de Contrato e de seus aditamentos, na imprensa oficial e no prazo legal, conforme o art. 176, parágrafo único, I da Lei 14.133/2021.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA APRECIÇÃO DO CONTROLE INTERNO E DO CADASTRO NO TCM

10.1 O presente Instrumento será objeto de apreciação pelo Controle Interno do Município e cadastrado no site do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás – TCM, em até (3) dias úteis a contar da publicação oficial, com respectivo upload do arquivo correspondente, de acordo com as normas vigentes, não se responsabilizando o CONTRATANTE, se aquela Corte de Contas, por qualquer motivo, denegar-lhe aprovação.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA VINCULAÇÃO

11.1 Consideram-se integrantes do presente instrumento contratual os termos do Edital de Chamamento Público do Credenciamento nº XXX/XXXX e seus Anexos, a Proposta da CONTRATADO, no que couber, e demais documentos pertinentes, independentemente de transcrição.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Aos casos omissos, aplicar-se-á as demais disposições da Lei nº 14.133/2021.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA– DO FORO

13.1 Para as questões resultantes do instrumento, fica eleito o Foro da Comarca do Município de Rubiataba, com renúncia expressa a qualquer outro.

E por estarem assim justas e acordadas, as partes assinam o presente instrumento, em 2 (duas) vias de igual teor e forma para um só efeito legal, na presença das testemunhas abaixo nominadas.

Rubiataba, ____ de _____ de 20__.

Contratado



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Contratante

Testemunhas:

1. Nome

CPF

2. Nome

CPF



ANEXO VIII
TERMO DE REFERÊNCIA

(Nos termos da Lei nº 14.133/2021)

PROCESSO Nº: 9911/2023

INTERESSADO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDAMENTAÇÃO: Instrução Normativa 08/2023 - TCM

OBJETO: O presente Processo de Chamada Pública é realizar o credenciamento de pessoas Físicas e/ou Jurídicas, que tenham por escopo a prestação complementar de serviços públicos de saúde, mediante documentação e pedido de inscrição para prestação de serviços especializados na área da saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS do Município de Rubiataba - Goiás, em conformidade com a Decisão/TCU nº 656/1.995 – Plenário, de 06/12/1995 e **Instrução Normativa n.º 08/2023-TCM/GO de 09 de maio de 2023**, com disponibilidades técnica conforme segue:

1.1. Especificação do objeto:

ITEM	LOCAL	CARGOS	CARGA HORÁRIA	VALOR	QUANT.																
01	CAPS	PSICÓLOGO COM EXPERIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: O PROFISSIONAL OU PRESTADOR PRESTARÁ DIRETAMENTE OS SERVIÇOS CONTRATADOS JUNTO AO CAPS DE ACORDO COM AS METAS E AÇÕES ESTABELECIDAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E PELO PROGRAMA,	40 HORAS SEMANAL	R\$ 3.500,00 mensal	01 demanda imediata 01 conforme demanda																
02	ESF	MÉDICO (A) DA PRIMEIRA INFÂNCIA PARA ATENÇÃO BÁSICA - CARGA HORÁRIA DE 20 HORAS SEMANAIS - O PRESTADOR DEVERÁ PRESTAR OS SERVIÇOS NO LOCAL INDICADO PELA GESTÃO, CONFORME DISPOSIÇÕES ESTABELECIDAS NO TERMO DE REFERÊNCIA.	20 HORAS SEMANAL	R\$ 10.000,00 mensal	01 demanda imediata 01 conforme demanda																
03	HMR	ENFERMEIRO – HOSPITAL: O PROFISSIONAL OU PRESTADOR PRESTARÁ DIRETAMENTE OS SERVIÇOS CONTRATADOS JUNTO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE ACORDO COM AS METAS E AÇÕES ESTABELECIDAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COM CARGA HORÁRIA 12/36 (DOZE POR TRINTA E SEIS)	EM REGIME DE PLANTÃO DE 12/36 HORAS	R\$ 3.000,00	-01 demanda imediata -02 conforme demanda																
04	SMS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE IMAGEM E CONSULTAS ESPECIALIZADAS - O VALOR A SER PAGO SERÁ POR PRODUÇÃO, CONFORME TABELA APROVADA PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, SENDO O VALOR MÁXIMO MENSAL DE R\$ 10.000,00. OS SERVIÇOS SERÃO REALIZADOS POR MEIO DE REGULAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. <table> <tr> <th>CONSULTA ESPECIALIZADAS</th> <th>VALOR</th> </tr> <tr> <td>Consulta Ortopedia/Trauma</td> <td>R\$ 100,00</td> </tr> <tr> <td>Consulta Ginecologia/Obst.</td> <td>R\$ 150,00</td> </tr> <tr> <td>Consulta em Cardiologia</td> <td>R\$ 150,00</td> </tr> <tr> <td>Consulta em Neurologia</td> <td>R\$ 300,00</td> </tr> <tr> <td>Consulta em Urologia</td> <td>R\$ 200,00</td> </tr> <tr> <td>Consulta em Dermatologia</td> <td>R\$ 200,00</td> </tr> <tr> <td>Consulta Gastroenterologia</td> <td>R\$ 150,00</td> </tr> </table>	CONSULTA ESPECIALIZADAS	VALOR	Consulta Ortopedia/Trauma	R\$ 100,00	Consulta Ginecologia/Obst.	R\$ 150,00	Consulta em Cardiologia	R\$ 150,00	Consulta em Neurologia	R\$ 300,00	Consulta em Urologia	R\$ 200,00	Consulta em Dermatologia	R\$ 200,00	Consulta Gastroenterologia	R\$ 150,00	POR PRODUÇÃO CONFORME TABELA APROVADA PELO CMS	até o valor de R\$ 10.000,00 Por mês	01 demanda imediata
CONSULTA ESPECIALIZADAS	VALOR																				
Consulta Ortopedia/Trauma	R\$ 100,00																				
Consulta Ginecologia/Obst.	R\$ 150,00																				
Consulta em Cardiologia	R\$ 150,00																				
Consulta em Neurologia	R\$ 300,00																				
Consulta em Urologia	R\$ 200,00																				
Consulta em Dermatologia	R\$ 200,00																				
Consulta Gastroenterologia	R\$ 150,00																				



		Consulta em Coloproctologia	R\$ 200,00		
		Consulta em Psiquiatria	R\$ 300,00		
		Consulta em Alergologia	R\$ 200,00		
		Consulta em Clínica Geral	R\$ 150,00		
		Consulta em Nutrologia	R\$ 200,00		
		Consulta em Oftalmologia	R\$ 150,00		
		Consulta em Mastologia	R\$ 200,00		
		Consulta Fonoaudiologia	R\$ 150,00		
		Consulta em Cirurgia Vascular	R\$ 200,00		
		EXAMES	VALOR		
		ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 170,00		
		ECODOPPLER COM STRESS FARMACOLÓGICO	R\$ 360,00		
		ECODOPPLER TRANS-ESOFAGICO	R\$ 400,00		
		ECODOPPLER TRANS TORACICO	R\$ 250,00		
		TESTE ERGOMETRICO	R\$ 180,00		
		ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 49,00		
		HOLTER 24	R\$ 89,00		
		MAPA 24 h	R\$ 89,00		
		DOPPLER SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 179,00		
		DOPPLER SCAN VENOSO DE MEMBROS	R\$ 179,00		
		DOPPLER SCAN ARTERIAL DE MEMBROS	R\$ 179,00		
		DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 179,00		
		USG. ABDOME TOTAL	R\$ 100,00		
		USG. ABDOME SUPERIOR	R\$ 60,00		
		USG. ABDOME INFERIOR	R\$ 60,00		
		USG. APARELHO URINARIO	R\$ 60,00		
		USG. ARTICULACOES	R\$ 60,00		
		USG. MAMA /ORGAOS E ESTRUT.	R\$ 60,00		
		USG. MORFOLOGICA	R\$ 130,00		
		USG. TIREOIDE	R\$ 60,00		
		USG. OBSTETRICA	R\$ 60,00		
		USG. PELVICA	R\$ 60,00		
		USG. PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 70,00		
		USG. PROSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 80,00		
		USG. TRANSVAGINAL	R\$ 60,00		
		VIDEOENDOSCOPIA DIG. ALTA	R\$ 220,00		
		RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 220,00		
		COLONOSCOPIA	R\$ 350,00		
		POLIPLECTOMIA DE COLON	R\$ 400,00		
		RETIRADA CORPO ESTRANHO	R\$ 300,00		
		RX ABDOME AGUDO	R\$ 35,00		
		RX ABDOME SIMPLES	R\$ 35,00		
		RX ADENOIDES	R\$ 35,00		
		RX ANTEBRACO UNILATERAL	R\$ 35,00		
		RX ARCADA ZIGOMAT MALAR	R\$ 35,00		
		RX ART. ESTERNO CLAVICULAR	R\$ 35,00		
		RX ART. SACRO ILIACAS	R\$ 35,00		
		RX ARTIC. TEMP MAND. BILAT.	R\$ 35,00		
		RX BACIA	R\$ 35,00		
		RX BACIA AP/RA	R\$ 35,00		
		RX BRACO UNILATERAL	R\$ 35,00		
		RX CALCANEIO UNILATERAL	R\$ 35,00		
		RX CAVUM	R\$ 35,00		
		RX CLAVICULA UNILATERAL	R\$ 35,00		
		RX COLUNA CERVICAL	R\$ 35,00		
		RX COLUNA DORSAL	R\$ 35,00		
		RX COLUNA ESCOLIOSE	R\$ 35,00		
		RX COLUNA LOMBAR	R\$ 35,00		
		RX COLUNA TOR. LOMBAR ORTOST.	R\$ 60,00		



		RX COTOVELO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX COXA UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX COXO FEMURAL UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX CRANEO	R\$ 35,00			
		DENSIOMETRIA	R\$ 70,00			
		ESCANOMETRIA	R\$ 35,00			
		ESPIROMETRIA	R\$ 90,00			
		RX JOELHO AP. OBLIQ. +3 AXIAIS	R\$ 35,00			
		RX JOELHO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX MÃO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX MÃOS E PUNHOS P/IDADE OSSEA	R\$ 35,00			
		RX MAXILIAR INFERIOR	R\$ 35,00			
		RX NARIZ OU OSSOS DA FACE	R\$ 35,00			
		RX OMBRO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX OMOPLATA	R\$ 35,00			
		RX ORBITAS	R\$ 35,00			
		RX PANORAMICAS MEMB. INFER.	R\$ 35,00			
		RX PÉ UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX PERNA UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX PUNHO UNILATERAL	R\$ 35,00			
		RX SACRO COCCIX	R\$ 35,00			
		RX SEIOS DA FACE	R\$ 35,00			
		RX SELA TURCA	R\$ 35,00			
		RX TORAX	R\$ 35,00			
		RX TORAX CVB	R\$ 35,00			
		RX TORNOZ. UNIL. ART. TIBIO -TARS.	R\$ 35,00			
		URETROCISTOGRAFIA	R\$ 220,00			
		T.C. ABDOME SUPERIOR	R\$ 190,00			
		T.C ARTICULACOES	R\$ 190,00			
		T.C COL. CERVICAL	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA COLUNA DORSAL	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA COLUNA LOMBAR	R\$ 190,00			
		T.C CRANEO	R\$ 190,00			
		T.C DE FACE OU A T M	R\$ 190,00			
		T.C MASTOIDES OU OVIDOS	R\$ 200,00			
		T.C PELVE OU BACIA	R\$ 190,00			
		T.CPESCOÇO/FARINGE/PARTES MOLES/LARINGE/TIREOIDE	R\$ 300,00			
		T.C SEGMENTOS APENDICUL.	R\$ 280,00			
		T.C TORAX	R\$ 250,00			
		T.C ABD. TOTAL	R\$ 450,00			
		TOMOGRAFIA TRATO URINÁRIO	R\$ 450,00			
		TOMOGRAFIA DE JOELHO	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA DE TORNOZELO	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA TEMP. MANDIBULAR	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA SACRO - ILIACO	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA ART. COXO FEMURAL	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 190,00			
		TOMOGRAFIA MÃOS/PÉS/PERNAS/PUNHO/BRAÇO	R\$ 190,00			
		RESSONÂNCIA DE CRÂNIO	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE ABDOME TOTAL	R\$ 700,00			
		RESSONÂNCIA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE MEMBRO APENDICULAR	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE PLEXO BRAQUIAL	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE QUADRIL (CADA LADO)	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE ABDOME INFERIOR	R\$ 400,00			
		RESSONÂNCIA DE TORAX	R\$ 400,00			



		RESONÂNCIA DE MASTOIDES RESONÂNCIA DE ÓRBITA RESONÂNCIA DE FACE RESONÂNCIA DE PESCOÇO RESONÂNCIA DE COLUNA DORSAL RESONÂNCIA DE COLUNA LOMBAR RESONÂNCIA DE COLUNA CERVICAL RESONÂNCIA DE COLUNA SEGUIM. ADICIONAL RESONÂNCIA DE SACRO ILIACAS RESONÂNCIA DE SELA TURCICA RESONÂNCIA DE ARTIC. TEMPORO MANDIBULAR RESONÂNCIA DE OMBRO RESONÂNCIA DE COTOVELO RESONÂNCIA DE PUNHO RESONÂNCIA DE BACIA OU PELVE RESONÂNCIA DE JOELHO RESONÂNCIA DE TORNOZELO RESONÂNCIA DE PÉ COLANGIORRESSONANCIA ENTERORRESSONANCIA ANGIORRESSONANCIA VENOSO ANGIORRESSONANCIA ARTERIAL ANGIORRESSONANCIA ARTERIAL/VENOSO CONTRASTE PARA EXAMES	R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 400,00 R\$ 650,00 R\$ 900,00 R\$ 900,00 R\$ 900,00 R\$ 1.700,00 R\$ 70,00			
05	SMS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS SUS - VALORES DOS EXAMES SERÃO DE ACORDO COM A TABELA DO SUS, E AS AUTORIZAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DOS EXAMES SERÃO FEITAS PELO SISTEMA DE REGULAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.		POR PRODUÇÃO VALOR TABELA SUS	R\$ 5.300,00 mensal	-01 conforme demanda
06	SMS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS RECURSO DO MUNICÍPIO - OS EXAMES SERÃO REGULADOS/ AUTORIZADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, VISANDO ATENDER A DEMANDA COMPLEMENTAR AOS REALIZADOS PELO SUS.		POR PRODUÇÃO CONFORME TABELA APROVADA PELO CMS	R\$ 1.500,00 mensal	-01 conforme demanda



ANEXO I

Tabela de Preços de Exames Laboratoriais pelo Convênio - Recurso do Município (Item 06)

EXAMES	VALOR
ACIDO URICO	R\$ 5,00
ACIDO FÓLICO	R\$ 20,00
ACIDO PIRUVICO	R\$ 45,00
ACIDO OXALICO	R\$ 65,00
ACIDO VALPRÓICO	R\$ 25,00
ALFA FETOPROTEINA	R\$ 25,00
ALDOSTERONA	R\$ 25,00
ALDOLASE	R\$ 15,00
ALPRAZOLAN	R\$ 125,00
AMILASE	R\$ 5,00
ANDROSTENEDIONA	R\$ 20,00
ANFETAMINA	R\$ 100,00
ANTI CARDIOLIPINA IGG E IGM	R\$ 70,00
ANTI CENTRÔMERO	R\$ 25,00
ANTI CITRULINA(CCP)	R\$ 90,00
ANTI DNA	R\$ 20,00
ANTI ENA	R\$ 75,00
ANTI GLIADINA IGA	R\$ 25,00
ANTI GLIADINA IGM IGG	R\$ 80,00
ANTI HAV IGG E IGM	R\$ 50,00
ANTI HBC IGG E IGM	R\$ 50,00
ANTI HBS	R\$ 15,00
ANTI HCV	R\$ 25,00
ANTI PEROXIDASE/ ANTI TPO	R\$ 15,00
ANTI RNP	R\$ 30,00
ANTI SCL 70	R\$ 25,00
ANTI SM	R\$ 35,00
ANTI SSA/RO	R\$ 35,00
ANTI SSB/LA	R\$ 30,00
ANTI TIREOGLOBULINA	R\$ 25,00
ANTI GAD	R\$ 120,00
ANTI HTLV	R\$ 35,00
ANTI ICA ILHOTAS	R\$ 100,00
ANTI LUPICO	R\$ 45,00
ANTI TRANSGLUTAMINASE	R\$ 75,00
ASO ANTI-ESTREPTOLISINA "O"	R\$ 5,00
BACILOSCOPIA GRAM	R\$ 5,00
BACILOSCOPIA ZIEHL (B A A R)	R\$ 5,00
BETA HCG	R\$ 10,00
B2 MIC BETA 2 MICROGLOBULINA	R\$ 35,00
BETA HIDROXI BUTIRATO	R\$ 150,00
BILIRRUBINAS	R\$ 5,00
BRUCELOSE IGG	R\$ 35,00
BIOPSIA	R\$ 65,00
BNP	R\$ 90,00
PRO BNP	R\$ 120,00
CD 3 LINFOCITOS T	R\$ 90,00
C3	R\$ 20,00
C4	R\$ 15,00



CA 125	R\$ 20,00
CA 15 3	R\$ 20,00
CA 19 9	R\$ 20,00
CALCIO	R\$ 10,00
CARBAM AZEPINA	R\$ 35,00
CATECOLAMINAS PLASMATICAS	R\$ 85,00
CAXUMBA (IGG e IGM)	R\$ 60,00
CEA	R\$ 20,00
CÉLULAS LE	R\$ 20,00
CHAGAS IFI IGG E IGM	R\$ 40,00
CHUMBO	R\$ 25,00
CITOLOGIA LIQUIDA	R\$ 40,00
CITOLOGIA ONCOPARASITÁRIA PREVENTIVO	R\$ 30,00
CITOMEGALOVIRUS	R\$ 60,00
CITOMEGALOVIRUS AVIDEZ	R\$ 110,00
CLAMIDIA IGG E IGM	R\$ 90,00
CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 15,00
CLORO	R\$ 10,00
COAGULOGRAMA	R\$ 10,00
COLESTEROL TOTAL	R\$ 5,00
COLINESTERASE	R\$ 10,00
CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,00
COOMBS DIRETO	R\$ 15,00
COOMBS INDIRETO	R\$ 20,00
CORTISOL 8 HORAS SANGUE	R\$ 20,00
CORTISOL URINA	R\$ 25,00
COPROCULTURA	R\$ 30,00
CLOBAZAM	R\$ 300,00
CPK	R\$ 10,00
CPK MB	R\$ 10,00
CREATININA	R\$ 5,00
CROMOGRAMINA	R\$ 450,00
CULTURA CONT COLONIAS E ANTIBIOGRAMA	R\$ 25,00
CULTURA DE ESCARRO	R\$ 35,00
CURVA GLICEMIA TOTG	R\$ 40,00
DENGUE SOROLOGIA	R\$ 20,00
DENGUE NS 1	R\$ 20,00
DHEA	R\$ 25,00
DHL	R\$ 10,00
DHT D-HIDROTESTOSTERONA	R\$ 40,00
D DIMERO	R\$ 40,00
EAS	R\$ 5,00
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS	R\$ 25,00
ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 30,00
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 30,00
EPF (PARASIT. DE FEZES	R\$ 5,00
EPSTEN BAAR (IGG e IGM)	R\$ 60,00
ERITROGRAMA	R\$ 5,00
ESPERMOGRAMA	R\$ 15,00
ESTRADIOL	R\$ 10,00
ESTRONA	R\$ 25,00
EXAME FRESCO E GRAM	R\$ 5,00
FAN	R\$ 20,00
FATOR RH	R\$ 5,00
FERRITINA	R\$ 15,00



FERRO	R\$ 10,00
FERRO SERICO	R\$ 10,00
FIBRINOGENIO	R\$ 35,00
FOSFATASE ACIDA	R\$ 10,00
FOSFATASE ALCALINA	R\$ 10,00
FÓSFORO	R\$ 10,00
FOSFOLIPIDES	R\$ 15,00
FSH	R\$ 10,00
FTA ABS IGG E IGM	R\$ 40,00
FATOR V LIDEN	R\$ 190,00
FUNGOS PESQUISA	R\$ 10,00
GAMA GT	R\$ 10,00
GLICEMIA DE JEJUM	R\$ 5,00
GLICEMIA POS-PRANDIAL	R\$ 5,00
GLUCACON	R\$ 60,00
GORDURA FECAL	R\$ 20,00
GRUPO SANGUÍNEO ABO	R\$ 10,00
HBEAG	R\$ 25,00
HBS AG	R\$ 15,00
HEMOGLOBINA	R\$ 5,00
HEMATOCRITO	R\$ 5,00
HEMOCISTEINA	R\$ 30,00
HEMOGLOBINA GLICADA	R\$ 15,00
HEMOGRAMA	R\$ 10,00
HERPES SIMPLES IGG E IGM	R\$ 70,00
HERPES (PESQUISA)	R\$ 15,00
HERPES ZOSTER VARICELA IGM E IGG	R\$ 160,00
HIV	R\$ 20,00
HISTONA	R\$ 90,00
HLA B 27	R\$ 60,00
HORMONIO DO CRESCIMENTO HGH	R\$ 20,00
IGA	R\$ 40,00
IGE	R\$ 40,00
IGE POR ALÉRGENO CADA - CONSULTAR	R\$ 20,00
IGE TOTAL	R\$ 30,00
IGF 1 SOMATOMEDINA C	R\$ 30,00
IGFBP3	R\$ 25,00
IGG	R\$ 20,00
IGM	R\$ 20,00
IMUNO FIXAÇÃO DE PROTEINAS	R\$ 180,00
INSULINA	R\$ 20,00
INDICE SATURAÇÃO TRANSFERRINA	R\$ 15,00
LAMOTRIGINA	R\$ 60,00
LATEX-FATOR REUMATOIDE	R\$ 5,00
LDL-COLESTEROL	R\$ 5,00
LEISHMANIOSE COLORAÇÃO	R\$ 10,00
LEISHMANIOSE IFI SOROLOGIA IGG E IGM	R\$ 40,00
LEUCOGRAMA	R\$ 5,00
LH	R\$ 10,00
LIPASE	R\$ 10,00
LIPIDIOS TOTAIS	R\$ 5,00
LIPIDOGRAMA	R\$ 20,00
LÍTIO	R\$ 20,00
MAGNÉSIO	R\$ 10,00
MICOLOGICO DIRETO	R\$ 5,00



MICRO ALBUMIRÚRIA	R\$ 15,00
MONOTEST	R\$ 25,00
MUCOPROTEINAS	R\$ 5,00
MUTAÇÃO DO GENE DA PROTAMBINA	R\$ 150,00
OXICARMAZEPINA	R\$ 100,00
PCR-PROTEINAS C REATIVA	R\$ 5,00
PEPTIDEO C	R\$ 15,00
PESQUISA DE HEMATOZOÁRIOS	R\$ 10,00
PESQUISA DE LEUCOCITOS FECAIS	R\$ 5,00
PESQUISA DE OXIUIROS	R\$ 5,00
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 10,00
PLAQUETAS	R\$ 5,00
POTASSIO	R\$ 10,00
PROGESTERONA	R\$ 25,00
PROLACTINA	R\$ 10,00
PROTEINOGRAMA	R\$ 10,00
PROTEINAS TOTAIS	R\$ 10,00
PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 70,00
PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 150,00
PROTEINÚRIA 24HS	R\$ 10,00
PROVA DE ATIVIDADE REUMATICA	R\$ 20,00
PROVA DE FUNÇÃO HEPÁTICA	R\$ 50,00
PROVA DO LAÇO	R\$ 5,00
PSA LIVRE E TOTAL	R\$ 20,00
PTH PARATORMONIO	R\$ 20,00
RETICULÓCITOS	R\$ 10,00
RETRAÇÃO DO COAGULO	R\$ 5,00
MACHADO GUERREIRO RGM HEMAGLUTINAÇÃO	R\$ 15,00
RUBÉOLA IGG E IGM	R\$ 40,00
SARAMPO SOROLOGIA	R\$ 80,00
SDHEA	R\$ 20,00
SHBG	R\$ 30,00
SIROLIMUS	R\$ 170,00
SELENIO	R\$ 35,00
SEROTONINA	R\$ 35,00
SÓDIO	R\$ 10,00
T3	R\$ 10,00
T4	R\$ 10,00
T4 LIVRE	R\$ 15,00
TACROLIMUS	R\$ 100,00
TAP TEMPO DE PROTOMBINA	R\$ 10,00
TEMPO DE COAGULAÇÃO-TC	R\$ 5,00
TEMPO DE SANGRAMENTO-TS	R\$ 5,00
TESTOTERONA LIVRE E TOTAL	R\$ 30,00
TGO-TRANSAMINASE	R\$ 5,00
TGP-TRANSAMINASE	R\$ 5,00
TIREOGLOBULINA	R\$ 20,00
TOXOPLAMOSE IGG E IGM	R\$ 30,00
TOXOPLASMA AVIDEZ	R\$ 90,00
TRANSFERRINA	R\$ 20,00
TRAB	R\$ 45,00
TRIGLICERIDES	R\$ 5,00
TROPONINA	R\$ 40,00
TSH	R\$ 10,00
TTPA	R\$ 10,00



UREIA	R\$ 5,00
VITAMINA D	R\$ 20,00
VITAMINA D25	R\$ 30,00
VITAMINA A	R\$ 30,00
VITAMINA C	R\$ 60,00
VITAMINA E	R\$ 90,00
VITAMINA B1	R\$ 90,00
VITAMINA B2	R\$ 110,00
VITAMINA B3	R\$ 250,00
VITAMINA B5	R\$ 600,00
VITAMINA B6	R\$ 90,00
VITAMINA B12	R\$ 20,00
VLDL COLESTEROL	R\$ 5,00
VDRL	R\$ 5,00
VHS HEMOSSEDIMENTAÇÃO	R\$ 5,00
ZINCO	R\$ 20,00

URINA E URINA DE 24 HORAS

ACIDO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
ALDOSTERONA URINA 24 HS	R\$ 40,00
CALCIO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
CISTINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 10,00
CATECOLAMINAS URINARIAS	R\$ 90,00
CITRATO URINA 24 HORAS	R\$ 20,00
MAGNESIO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
MICROALBUMINURIA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 15,00
MICROALBUMINURIA URINA 24 HORAS	R\$ 15,00
OXALATO URINA 24 HORAS	R\$ 45,00
POTASSIO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
SODIO URINA 24 HORAS	R\$ 10,00
PROTEINA URINÁRIA	R\$ 10,00
AMILASE URINÁRIA	R\$ 10,00
AMONIA URINA 24 HS	R\$ 55,00
CLORETO URINA 24 HS	R\$ 10,00
ELETROFORESE PROTEINAS URINA	R\$ 55,00
ELETROFORESE PROTEINAS URINA 24 HS	R\$ 85,00
CORTISOL URINA 24HS	R\$ 25,00

2. JUSTIFICATIVA

2.1. A saúde é um direito fundamental de todos e deve ser assegurada por todos os Entes da Federação, devendo ser viabilizado o seu acesso pelo Município através dos meios legais existentes.

2.2. Assim, considerando que as Unidade de Saúde são estabelecimentos destinados a prestar ações e serviços, assim como cenário de prática para integração ensino-serviço-comunidade, sendo elas todas pertencentes às redes de saúde: Unidades Básicas de Saúde, Centro de especialidades médicas, Saúde Bucal – atenção básica e especializada, Assistência Farmacêutica, Núcleo de Apoio à Família, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Unidades Especializadas, Unidades de urgência e emergência- Hospital Municipal e SAMU, Rede de Atenção Psicossocial, Centro de Reabilitação, dentre outras; a presente solicitação trata-se de necessidade da Secretaria Municipal de Saúde para atendimento aos munícipes de



Rubiataba, garantindo aos cidadãos o direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988, que é o de acesso à saúde, e cumprindo assim o determinado tanto pela Constituição quanto pela lei federal 8.080/1990, a qual regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

2.3. O acesso ao credenciamento é livre a todos os profissionais, pessoa física e pessoa jurídica, prestadoras dos serviços constantes do objeto do edital, desde que atendidos os requisitos definidos no edital e anexos.

2.4. O objeto do contrato é para prestar ações e serviços profissionais em sua área de atuação e contratação, assim como participar da integração dos serviços de saúde com comunidade exercendo as atividades complementar aos serviços de saúde no Município de Rubiataba.

2.5. Há que se ressaltar que o quadro de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Rubiataba não se mostra suficiente para atender a demanda de saúde pública do Município.

3. DO REGIME DE EXECUÇÃO:

3.1. O credenciamento obedecerá às regras do regime de execução indireta de forma mensal, com exceção dos serviços constantes do **ITENS 04, 05 e 06**, que será por procedimento.

3.2. O credenciamento não implicará na obrigatoriedade do Município de Rubiataba através da Secretaria Municipal de Saúde solicitar a prestação dos serviços.

3.3. Considerando a natureza temporária, eventual e autônoma da prestação dos serviços, não haverá qualquer tipo de vínculo empregatício entre o credenciado e o Município de Rubiataba, ou a Secretaria Municipal de Saúde.

3.4. O Credenciamento/Contrato terá vigência por **01(um) ano**, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado por igual período, a critério do Fundo Municipal de Saúde do Município de Rubiataba.

4. DOS VALORES CONSTANTES NA DEFINIÇÃO DO OBJETO e DO PAGAMENTO:

4.1. Os valores constantes da tabela acima foram determinados conforme pesquisa prévia de preços de mercado, tendo sido apresentados ao Conselho Municipal de Saúde, o qual aprovou a tabela de valores, conforme registrado nas Resoluções 012/2023 e 013/2023 (em anexo).

4.2. A Administração Municipal, oportunamente pagará aos credenciados/contratados (pessoa física ou jurídica) da área de saúde as faturas emitidas e atestadas pelo fiscal de contrato, conforme valores constantes da tabela de honorários consultas ou procedimentos executados, conforme valores aprovados previamente pelo Conselho Municipal de Saúde de Rubiataba Goiás, e constantes do anexo pelos serviços efetivamente prestados e comprovados através do quadro de frequência ou execução de serviços e/ou escalas de plantões.

4.3. Para as empresas/Clinicas privadas que terão seus serviços adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, serão pagos pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme valores aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde mediante apresentação de Notas fiscais juntamente com as faturas, relatórios e documentos comprobatórios para análise e avaliação da Secretaria Municipal de Saúde/fiscal de contrato.

5. DA EXECUÇÃO:



5.1. A prestação dos serviços tem caráter continuado, devendo ser iniciada após a assinatura do contrato, podendo ser prorrogado na forma legal.

5.2. A forma de pagamento será mediante faturamento dos serviços e de acordo com a escala apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde, comprovando a execução e/ou os atendimentos realizados pelos contratados.

5.3. Tipo da contratação: contrato de prestação de serviços administrativo sem vínculo empregatício e serão executados em regime de plantões e/ou carga horária de 20, 30 e/ou 40 horas semanal;

5.4. O contrato é regido pela lei nº 14.133/2021, e poderá ser alterado e prorrogado nos seus termos e suas alterações.

5.5. O credenciado deverá realizar as consultas e/ou plantões para as quais se contratou sem cobrança de qualquer valor ao usuário;

5.6. O credenciado deverá de imediato, quando solicitado, apresentar documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato;

5.7. Comunicar à Secretária de Saúde a ocorrência de qualquer irregularidade que tenha conhecimento;

5.8. Independentemente do local de prestação dos serviços, o horário de funcionamento deverá ser compatível com as atividades das Unidades de Saúde;

5.9. Disponibilizar por meio eletrônico a produção das consultas, procedimentos e exames, em layout definido pelo Credenciador;

5.10. Emitir relatório identificando as consultas, procedimentos e exames, de acordo com a padronização a ser definida pelo Credenciador;

5.11. A credenciada deverá assumir as despesas de deslocamento, hospedagem e alimentação do seu pessoal;

5.12. A credenciada deverá assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas necessárias ao cumprimento deste credenciamento;

5.13. O Credenciado deverá garantir a consulta de retorno aos usuários, sem ônus para o Credenciador;

5.14. Apresentar aos executores do contrato, em caso de substituição do Responsável Técnico, seus respectivos documentos exigidos neste Edital;

5.15. Responder por erro de qualquer natureza relativo aos métodos utilizados na prestação dos serviços, seja na esfera administrativa, cível ou criminal;

5.16. São obrigações dos prestadores de serviço:

a. Atender às disposições legais que regem os serviços de saúde;

b. Atuar como profissional generalista, atendendo a todos os componentes das famílias residentes neste município, independente de sexo e faixa etária, conforme preconiza a política nacional de atenção básica;

c. Estar comprometido com a pessoa inserida no seu contexto biopsicossocial, cuja atenção não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos seu compromisso deve envolver também, ações com indivíduos saudáveis, abordando aspectos de promoção, prevenção e educação para saúde;

d. Valorizar a relação profissional –paciente e profissional - família como parte de um processo terapêutico de confiança;

e. promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável;



6. LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. Os serviços serão prestados diretamente por profissionais da CONTRATADA;

6.2. Para os efeitos deste Termo de referência consideram-se profissionais da CONTRATADA: os membros de seu corpo clínico e de profissionais; o profissional que tenha vínculo de emprego com a CONTRATADA; o profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços à CONTRATADA, ou que por esta seja autorizado;

6.3. A CONTRATADA não poderá cobrar do paciente, ou do seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados;

6.4. As autorizações dos procedimentos serão realizadas por meio da Secretaria Municipal de Saúde e o agendamento será na clínica credenciada.

6.5. As áreas físicas destinadas à realização das consultas, quando realizadas nas dependências da credenciada, serão de responsabilidade da mesma, com a aprovação da Secretaria de Saúde.

6.6. Deverá a contratada permitir o acompanhamento e a fiscalização de suas dependências pela comissão designada para tal.

6.7. Não alterar as instalações e local de atendimento sem comunicação prévia e por escrito da Secretaria de Saúde.

7. DA FISCALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

7.1. 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, observado o devido processo legal;

7.2. Verificado o desempenho insatisfatório e/ou sendo detectadas irregularidades pelo fiscal do contrato, a Coordenação dos serviços de saúde que o profissional estará prestando os serviços, notificará o prestador de serviço a apresentar justificativa formal, no prazo legal, observando o disposto na Lei;

8. PENALIDADES

8.1. O profissional que, depois de credenciado não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficará sujeito às penalidades, previstas nos artigos 178 da Lei nº 14.133/2021, bem como no capítulo II-B do Código Penal Brasileiro, da seguinte forma:

a) Notificação

b) Advertência;

c) Multa de 10% (dez por cento) do valor da obrigação, nos casos de se negarem a cumprir com as obrigações assumidas expressa ou tacitamente, valor este atualizado até a data da sua liquidação através do mesmo índice de correção monetária utilizado para os serviços públicos municipais;

d) Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro de Profissionais de Saúde da Administração Municipal e impedimento de contratar com o município de Rubiataba, pelo prazo de até 02 (dois) anos incluindo de participar de novos chamamentos ou a sua contratação pelo poder público.

8.2. Os usuários poderão denunciar qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou faturamento.

9. CONDIÇÕES GERAIS:



9.1. Fazem parte deste instrumento os documentos constantes do processo, respeitando o disposto no edital de chamamento público e seus anexos e observações, tendo plena validade entre as partes contratantes;

9.2. A tolerância de qualquer das partes, relativa as infrações cometidas contra disposições deste termo, não exime o infrator de cumprir integralmente a penalidade que lhe for imposta a qualquer tempo;

9.3. A contratada se obriga a manter as condições de habilitação e qualificação durante a vigência do contrato, sob pena da aplicação de multa e rescisão contratual;

9.4. O contratado deverá comunicar previamente a Administração os afastamentos por quaisquer motivos, incluindo participações em congressos, cursos, seminários e outros, de forma a não prejudicar a prestação do serviço de saúde;

9.5. O presente processo é regido pela lei nº 14.133/2021 e alterações;

9.6. Fica eleito o foro da comarca de Rubiataba, para dirimir eventuais litígios oriundos do presente contrato.

10. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA HABILITAÇÃO

10.1. Para realização dos serviços, considerar-se-á habilitado o interessado que além de ter apresentado toda a documentação que será exigida no Edital, apresentar também para:

ITEM 04 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE IMAGEM E CONSULTAS ESPECIALIZADAS.

- a) Alvará (Licença) de Funcionamento fornecida pela Vigilância Sanitária Estadual;
- b) Alvará (Licença) Municipal de Funcionamento;
- c) Relação do Corpo Clínico das Especialidades médicas que realizará atendimentos (consultas), Registro no Conselho Regional e Título de Especialização de ambos;

11. DO PRAZO DE VALIDADE DO CREDENCIAMENTO

11.1. O Credenciamento ficará aberto por 12(doze) meses, a cortar de sua publicação, podendo os interessados se credenciar a qualquer tempo nesse período, sendo que para cada nova demanda que surgir no período, será dada a devida publicidade e registrado os atos em ata.

11.2. O credenciamento obedecerá às regras do regime de execução indireta na forma mensal, com exceção dos serviços descritos no item 04 que serão por procedimento.

Rubiataba, 17 de outubro de 2023.

TALITTA POLLYANA FERREIRA KOBAYASHI
Gestora do Fundo Municipal de Saúde



ANEXO IX
MODELO DE CURRICULUM VITAE – PESSOA FÍSICA OU O PROFISSIONAL
REPRESENTANTE DA PESSOA JURÍDICA A SER CREDENCIADA

I- DADOS PESSOAIS		
1. NOME (sem abreviaturas):		
2. ENDEREÇO:		
3. CIDADE / UF:	4. CEP:	
5. TELEFONE FIXO:	6. CELULAR:	7. FAX:
8. EMAIL:	9. DATA DE NASCIMENTO:	
10. NATURALIDADE / UF:	11. NACIONALIDADE:	
12. SEXO: () F () M	13. RG Nº ORGÃO EXPEDIDOR:	14. CPF:
15. PROFISSÃO:	16. REGISTRO PROFISSIONAL:	
II-FORMAÇÃO ACADÊMICA		
CURSOS DE FORMAÇÃO ACADÊMICA		
CURSO:		
INSTITUIÇÃO:		
ANO DE FORMAÇÃO:		
TÍTULO DE ESPECIALISTA NA ÁREA DE ATUAÇÃO		
CURSO:		
INSTITUIÇÃO:		



ANO DE FORMAÇÃO:
CURSOS DE TITULAÇÃO (PÓS-GRADUAÇÃO/MESTRADO/DOUTORADO/PÓS DOUTORADO)
CURSO:
INSTITUIÇÃO:
ANO DE FORMAÇÃO:
CARGA HORÁRIA:
CURSO:
INSTITUIÇÃO:
ANO DE FORMAÇÃO:
CARGA HORÁRIA:
CURSO:
INSTITUIÇÃO:
ANO DE FORMAÇÃO:
CARGA HORÁRIA:
III - REGISTRO - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
1. REGISTRO DE EMPREGO: a começar pelo seu cargo atual, liste em ordem cronológica (do mais recente para o mais antigo), todos os empregos que você já teve. Os profissionais
A. CARGO ATUAL (OU ÚLTIMO CARGO, CASO ESTEJA DESEMPREGADO) – INFORMAR A CONDIÇÃO SE PRESTADOR AUTÔNOMO
PERÍODO:
EMPREGADOR:
B. CARGOS ANTERIORES (EM ORDEM DECRESCENTE)
PERÍODO:
EMPREGADOR:
PERÍODO:
EMPREGADOR:
PERÍODO:
EMPREGADOR:



PREFEITURA MUNICIPAL DE
RUBIATABA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PERÍODO:

EMPREGADOR:

PERÍODO:

EMPREGADOR:

5. CERTIFICO QUE AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO VERÍDICAS,

LOCAL E DATA: ASSINATURA: