

**TERMO DE ADESÃO AO CREDENCIAMENTO Nº033/2026/FMSCO/TO****I – ÓRGÃO CREDENCIADOR**

1.1. O MUNICÍPIO DE COLINAS DO TOCANTINS, ESTADO DO TOCANTINS, TENDO COMO INTERVENIENTE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, com sede e foro nesta Cidade, inscrita no CNPJ sob nº. 11.359.904.0001-24, com endereço na Rua Goianésia, nº133, Setor Novo Planalto – Colinas do Tocantins/TO – CEP: 77.760-000, representada por seu atual gestor o senhor **JAIR PEREIRA LIMA**, brasileiro, servidor público, inscrito CPF: 617.962.711-87 e portador do RG Nº 69532, residente e domiciliada na Rua Haroldo Veloso, n.º 1876, Centro - Colinas do Tocantins/TO – CEP: 77.760-000, doravante denominado CREDENCIADOR.

II – CREDENCIADA

2.1. Nome da empresa **INSTITUTO DE SAÚDE DA AMAZONIA** – Nome Fantasia: ISAM, inscrita no CNPJ sob nº31.297.342/0001-49, com sede na Rua Pedro Paulo Barcui, S/N, Bairro Paraíso, Pau D'Arco/PA, CEP: 68.545-000, E-mail: institutoisampa@gmail.com, telefone: (94) 9 9130-1593, representada pela senhora **SARA NÚBIA OLIVEIRA MOURA**, brasileira, solteira, inscrito no CPF sob Nº 007.894.991-26, portadora da carteira de Identidade RG nº 9567175, residente e domiciliado na Rua Três, nº 66, Bairro Paraíso, Pau D'Arco/PA, CEP: 68.545-000, doravante designada CREDENCIADA.

III – DO OBJETO

3.1. Credenciamento de Pessoa Física ou Jurídica para prestação de serviços de saúde, sendo consultas, plantões e prestações de serviços médicos mensais, para atendimento dos usuários do SUS, para atender às necessidades do Fundo Municipal de Saúde de Colinas do Tocantins – TO.

IV – VIGÊNCIA

4.1. Este Termo de Credenciamento terá a vigência de 12 meses, contados a partir de sua assinatura.

V – DO VALOR

5.1. O valor de cada um dos serviços encontra-se descrito na planilha abaixo, guardando relação e vinculação com os valores descritos nos itens constantes no subitem 1.2. do Termo de Referência, parte integrante deste Termo de Adesão ao Credenciamento.

Item	Descrição	Unidade	Preço Unitário a ser praticado durante a vigência do Credenciamento
10	PLANTÃO DE 12 (DOZE) HORAS MÉDICO ANESTESISTA PARA ATENDIMENTO DO ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE COLINAS, em qualquer dia útil ou não da semana, em regime presencial, com horário de acordo com a necessidade e conveniência da Secretaria Municipal de Saúde e/ou do órgão de lotação.	Serviços	R\$ 1.450,00



11	PLANTÃO DE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS MÉDICO ANESTESISTA PARA ATENDIMENTO DO ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE COLINAS, em qualquer dia útil ou não da semana, em regime presencial, com horário de acordo com a necessidade e conveniência da Secretaria Municipal de Saúde e/ou do órgão de lotação.	Serviços	R\$ 2.900,00
----	--	----------	--------------

VI – DAS CONDIÇÕES

6.1. Aplicam-se a este Termo de Adesão as disposições contidas no Edital referente ao Chamamento Público N°006/2025/FMSCO/TO e seus anexos e ao Instrumento Contratual ao qual o credenciado expressa sua total concordância, inclusive no que se refere à forma de prestação dos serviços, condições, obrigações e pagamentos.

VII – CRITÉRIO DE DISTRIBUIÇÃO DE DEMANDA

7.1. Caberá a Secretaria Municipal de Saúde realizar a distribuição de demanda de forma IGUALITÁRIA entre os credenciados, obedecendo à ordem de cadastro realizada no credenciado, tendo o gestor e fiscal do contrato como responsáveis pela distribuição.

7.1.1 A distribuição e utilização dos serviços credenciados será de acordo com o número de credenciados e a demanda da Secretaria Municipal de Saúde de Colinas do Tocantins/TO.

7.1.2. A convocação dos credenciados para a realização do serviço será realizado na sua totalidade e a divisão proporcional a quantidade entre os credenciados ou sorteio quanto não puder ser realizado a divisão proporcional para se alocar cada demanda, distribuída por padrões estritamente impessoais e aleatórios, observando-se sempre o critério de rotatividade será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde ao solicitar a prestação de serviços.

7.1.3. Somente serão estipuladas cotas com valores diversos entre os Credenciados, se algum dos Prestadores não dispuser de capacidade técnica instalada para toda a parcela que lhe couber. O valor resultante será dividido igualmente entre os demais prestadores. O credenciado deve informar por escrito a sua capacidade de atendimento.

7.1.4. Não poderá haver distribuição a beneficiar um Fornecedor Credenciado em detrimento de outro Fornecedor Credenciado no caso de características iguais entre ambas as empresas, devendo ser realizada a rotatividade na distribuição entre os Fornecedores Credenciados.

7.1.5. Será permitido novos credenciados durante toda a vigência do credenciamento, enquanto, houver saldo remanescente ou descredenciamento de algum credenciado.

VIII – DO DESCRENCIAMENTO

8.1. O presente credenciamento tem caráter precário, podendo o CREDENCIADO, a qualquer momento, solicitar o descredenciamento, caso não tenha mais interesse em permanecer credenciado.

8.1.1. O CREDENCIADO que desejar seu descredenciamento deverá solicitá-lo mediante pedido, por escrito, encaminhado ao gestor do credenciamento.



8.1.2. O descredenciamento ocorrerá no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data do recebimento do Pedido, mantendo-se, durante este prazo, a condição de CREDENCIADO e as obrigações dela decorrente, nos termos do Ato Convocatório – Edital de Chamamento Público.

8.1.3. O pedido de descredenciamento de que trata o subitem 8.1.1. não desincumbirá o credenciado do cumprimento de eventuais contratos assumidos e das responsabilidades deles recorrentes.

8.1.4. O descredenciamento não eximirá o (ex)credenciado das obrigações assumidas em relação aos serviços executados e de outras responsabilidades que legalmente lhe possam ser atribuídas.

8.2. A Administração poderá realizar o descredenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas no Ato Convocatório – Edital de Chamamento Público ou na legislação pertinente, observado o contraditório e ampla defesa.

8.2.1. Fica facultada a defesa prévia do credenciado, a ser apresentada no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação de descredenciamento.

8.3. A Administração poderá ainda realizar o descredenciamento quando houver:

8.3.1. Perda das condições de habilitação do credenciado;

8.3.2. Descumprimento injustificado do contrato pelo Credenciado; e

8.3.3. Sanção de impedimento de licitar e contratar ou de declaração de inidoneidade superveniente ao credenciamento.

8.2. Se houver a efetiva prestação de serviços ou o fornecimento dos bens, os pagamentos serão realizados normalmente, até decisão no sentido de rescisão contratual, caso o fornecedor não regularize a sua situação.

8.3. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou no interesse da administração, devidamente justificado, em qualquer caso, pela autoridade máxima do órgão ou da entidade Credenciante, não será rescindido o contrato em execução com empresa ou profissional que estiver irregular.

IX – DISPOSITIVO LEGAL

9.1. O presente credenciamento está amparado no inc. IV, art. 74, combinado com o inc. II e o art. 79 ambos da Lei Nº14.133, de 2021 e o Decreto Nº11.878/2024.

Colinas do Tocantins/TO, aos vinte e três (23) dias de março de 2026.

Assinado digitalmente por JAIR PEREIRA
LIMA:61796271187
Selo CDBE: CN=CP Brasil, OU=AC SOLUTI Múltipla
v5.02,OU=2130848000722,OU=Votacredenciamento,OU=Certificado PF AS,OU=JAIR PEREIRA LIMA:61796271187
#Papel: Eu sou o autor deste documento
Localidade:
Data: 2026.03.23 16:43:54 -03'00'
Total: 1209, tamanho: 10464, 2255, 2, 0

JAIR PEREIRA
LIMA:6179627
1187

JAIR PEREIRA LIMA
Gestor do Fundo Municipal de Saúde
Órgão Credenciador

SECRETARIA DA
SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL
**COLINAS DO
TOCANTINS**

Dist. M. n. de Colinas/TO
Fl. Nº 3630
Rubrica PC

INSTITUTO DE SAUDE DA AMAZONIA
ISAM:31297342000149

Assinado de forma digital por INSTITUTO DE SAUDE DA AMAZONIA
ISAM:31297342000149

INSTITUTO DE SAÚDE DA AMAZONIA
SARA NÚBIA OLIVEIRA MOURA
Representante Legal
Credenciado

Testemunhas:

NOME: *Dhora Benício da Silva*
CPF: *799.152.301-25*

NOME: *Ana Cláudia dos S. Souza Moura*
CPF: *030.560.281-08*