



## ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

CREDENCIAMENTO Nº 00002/2025  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6361/2025

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOA(S) JURÍDICA(S) COM VISTAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE PÚBLICA ESPECIALIZADOS PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO ITABAPOANA/RJ**

Pelo presente instrumento, o **MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO ITABAPOANA/RJ**, por intermédio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DO ITABAPOANA-RJ**, CNPJ: **11.959.800/0001-50**, com sede à Rua Filomena Cirilo, 50, Bom Jesus do Itabapoana, Estado do Rio de Janeiro, representada por sua secretária **MÁRCIA ALESSANDRA DA SILVA AZEVEDO** **RESOLVE REGISTRAR O TERMO DE COMPROMISSO** com a empresa CREDENCIADA, indicada abaixo, de acordo com a classificação, atendendo as condições e as especificações técnicas regulamentada pelo Edital de Credenciamento nº 02/2025 e anexos, sendo do tipo **INEXIGIBILIDADE**, procedimento auxiliar de CREDENCIAMENTO, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6361/2025, independentemente de transcrições, constituindo-se este TERMO DE CREDENCIAMENTO documento vinculativo e obrigacional às partes.

|                                             |                                                                             |                                  |                         |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| EMPRESA                                     | JLTPC DOCTOR LTDA                                                           |                                  |                         |
| CNPJ nº                                     | 33.374.623/0001-83                                                          |                                  |                         |
| ENDEREÇO                                    | Avenida Tenente José Teixeira, Nº 792 - Centro - Bom Jesus do Itabapoana-RJ |                                  |                         |
| REPRESENTANTE<br>PREPOSTO                   | OU                                                                          | Nome                             | Gabriela Freitas Garcia |
|                                             |                                                                             | CPF                              | 132.639.727-30          |
|                                             |                                                                             | Celular                          | (22) 99868-6894         |
|                                             |                                                                             | Email                            | gab_garciaa@hotmail.com |
| CRM DA PESSOA<br>JURÍDICA                   |                                                                             |                                  |                         |
| CONTATO<br>TELEFONE E E-MAIL DA<br>EMPRESA) | Telefone                                                                    |                                  |                         |
|                                             | Celular                                                                     |                                  |                         |
|                                             | E-Mail                                                                      | nunescontabilidadeltda@gmail.com |                         |

### 1. DO OBJETO

Este Termo possui o objetivo de efetivar a **CREDENCIAMENTO DE**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO ITABAPOANA-RJ**  
**Fundo Municipal de Saúde**

**ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO ITABAPOANA-RJ**, conforme condições e exigências estabelecidas no Termo de Referência e seus anexos.

**2. DOS VALORES DO PAGAMENTO**

| Nome do(s) Médico(s) responsável(is) pela execução dos serviços | Especialidade | Consultas Semanais por profissional | Preço por consulta |
|-----------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|--------------------|
| Gabriela Freitas Garcia                                         | PEDIATRA      | 15                                  | R\$ 64,05          |
| João Luiz Tinoco Picanço Carvalho                               | PEDIATRA      | 15                                  | R\$ 64,05          |

O pagamento será realizado por CONSULTA realizada.

No valor unitário dos procedimentos estão inseridas todas as despesas relativas ao objeto contratado (tributos, seguros, encargos sociais, trabalhista, etc.).

No valor unitário do procedimento estão consideradas todas as despesas que diretamente ou indiretamente estejam relacionados a execução dos serviços, inclusive os custos com deslocamento.

**3. DOS PRAZOS DE EXECUÇÃO PARA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

O prazo para iniciar os serviços será mediante solicitação da Secretaria demandante, tendo um prazo de até 05 (cinco) dias, contados a partir do recebimento formal da Ordem de Serviço e assinatura do contrato para cada demanda.

Caso seja verificada insuficiência no prazo estipulado, a Contratada pode formalizar pedido de prorrogação deste prazo, com justificativa plausível, para apreciação e decisão do Órgão/Entidade Contratante.

O prazo para execução dos serviços será determinado pelo Contratante para cada demanda.

**4. DAS VIGÊNCIAS /PRAZOS**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO:** A vigência iniciará com a publicação do Edital e finalizará no prazo de 12 (doze) meses. O Termo de Credenciamento terá a vigência limitada à do Edital de Credenciamento.

**DEMANDA DOS ÓRGÃOS /ENTIDADES DO PODER EXECUTIVO:** As solicitações poderão ser Realizadas enquanto vigente o Termo de Credenciamento. **EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:** A execução e a realização dos serviços seguirão os prazos determinados pela Secretaria Requisitante, podendo ser finalizado após a vigência deste termo.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO ITABAPOANA-RJ**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

**5. DO CANCELAMENTO OU SUSPENSÃO DO CREDENCIAMENTO**

O Termo de Credenciamento poderá ser cancelado de pleno direito, nas situações previstas no edital de credenciamento, parte integrante e indissociável deste Termo de Credenciamento.

**6. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Mediante decisão escrita e devidamente fundamentada, este Termo de Credenciamento poderá ser anulado se ocorrer ilegalidade em seu processamento ou nas fases que lhe deu origem, suspenso ou revogado por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta.

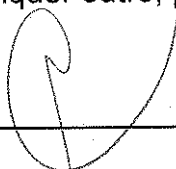
A anulação do Edital de Credenciamento afetará o Termo de Credenciamento e o Contrato decorrente.

As cláusulas deste Termo de Credenciamento somam-se às obrigações das partes previstas no EDITAL DE CREDENCIAMENTO nº 002/2025 e seus anexos, bem como àquelas previstas na minuta do contrato.

Aos casos omissos aplicam-se as disposições constantes na Lei nº 14.133/2021.

**7. DO FORO**

As partes elegem o foro da cidade de Bom Jesus do Itabapoana/RJ, como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Credenciamento, inclusive os casos omissos, que não puderem ser resolvidos pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

  
\_\_\_\_\_  
Márcia Alessandra da Silva Azevedo

**Gestora do Fundo Municipal de Saúde**

  
\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Representante Legal

**Empresa Credenciada**