



EDITAL DE CHAMAMENTO Nº. 003/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 0744/2024
CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE

1. DO PROCESSO

1.1. O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS DO MUNICÍPIO DE IACIARA, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa localizada na Avenida Alfredo Nasser, Qd. 07 Lt. 29, centro TEL.: (62) 3473-1062 – CEP 73.920-000, inscrito no CNPJ sob o nº 11.336.696/0001-48, torna público, para o conhecimento dos interessados, que estão instaurando processo de **CREDENCIAMENTO**, para cadastramento de PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS DA ÁREA DE SAÚDE, para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, no Município de Iaciara-GO, nos termos da Resolução N° 003/2024 do CMS / GO, justifica-se o presente chamamento.

O requerimento de inscrição dos interessados será feito na sede da Prefeitura Municipal de Iaciara, na Praça Cirilo Sabath, s/n, Centro TEL.: (62) 3473-1062 – CEP 73.920-000, devendo ser formalizado a partir do dia **08 de abril de 2023 até o dia 29 de novembro de 2024**, das 08:00hs às 12:00hs, nos dias de expediente.

1.2-O processo de credenciamento é regido pelo art. 79 e art 6º, Inciso XLIII da Lei nº 14.133/2021, e suas alterações, Portaria nº 1.034, de 05 de maio de 2010 do Ministério da Saúde, bem como nas Instruções Normativas nºs. 008/2023, 001/2017 e 001/2018 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, Ofício Circular nº10/2017 data de 18/09/2018 recomendação alusiva ao rol de profissionais da área de saúde constante na IN nº 001/2017 e considerando as exigências contidas na Resolução Normativa nº 017/98, Decisão Plenária nº 28/2000, Resolução Normativa nº 001/01 e Acórdão AC-CON TCM n.º 0002/2011, ambas exaradas pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, e demais Legislações pertinentes, aplicando-se, no que couberem, os princípios gerais de direito público. Segundo as condições estabelecidas neste Edital, nos seus anexos e na minuta de contrato, cujos termos, igualmente, o integram.

1.3 - 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 Iaciara**, através da Secretaria Municipal de Saúde.

1.4-O inteiro teor deste Edital e Anexo (s) estará disponível no endereço eletrônico: www.laciara.go.gov.br.

2. DO OBJETO

2.1. Este procedimento tem por objeto o **CREDENCIAMENTO**, para cadastramento de PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS DA ÁREA DE SAÚDE, para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, no Município de Iaciara. Sendo especificadamente distribuídos entre tal secretaria na forma abaixo:

| ORDEM | QUANTIDADE VAGAS IMEDIATAS | QUANTIDADE VAGAS RESERVA | CARGA HORÁRIA | ESPECIALIDADE |
|-------|----------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 01 | 01 | 02 | 20/HS/S | NUTRICIONISTA |
| 02 | 03 | 02 | 40/HS/S | CIRURGIÃO DENTISTA E.S.F |



| | | | | |
|----|----|----|-------------|---|
| 03 | 01 | 02 | 20/HS/S | FONOAUDIÓLOGO(A) |
| 04 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO MASTOLOGISTA |
| 05 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO PEDIATRA |
| 06 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO UROLOGISTA |
| 07 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA |
| 08 | 01 | 01 | 40/HS/S | EDUCADOR FÍSICO |
| 09 | 01 | 02 | 40/HS/S | AUXILIAR CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO |
| 10 | 02 | 03 | 40/HS/S | PSICÓLOGO(A) |
| 11 | 01 | 01 | 20/HS/S | VETERINÁRIO(A) |
| 12 | 03 | 05 | 40/HS/S | ENFERMEIRO(A) PSF |
| 13 | 06 | 06 | 40/HS/S | ENFERMEIRO(A) HOSPITAL |
| 14 | 09 | 11 | 12/HS/S | ENFERMEIRO(A)/PLANTÃO |
| 15 | 08 | 08 | 40/HS/S | TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM PSF |
| 16 | 10 | 10 | 40/HS/S | TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM HOSPITAL |
| 17 | 18 | 18 | 12/24/HS | TÉCNICO(A) ENFERMAGEM/PLANTÃO |
| 18 | 01 | 02 | 40/HS/S | MÉDICO(A) CLINICO GERAL PARA ESF |
| 19 | 01 | 02 | 12/HS/S | MÉDICO(A) PLANTONISTA CLINICO GERAL |
| 20 | 01 | 01 | 20/HS/S | MÉDICO(A) DIRETOR CLINICO |
| 21 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PF OU PJ PARA COMPOR A JUNTA MEDICA DO FMS DE IACIARA (ATEND. POR PERICIA) |
| 22 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO(A) ORTOPEDISTA |
| 23 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO(A) PSIQUIATRA |
| 24 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO(A) CARDIOLOGISTA |
| 25 | 02 | 01 | 40/HR/S | FARMACÊUTICO(A) |
| 26 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO(A) GINECOLOGISTA |
| 27 | 01 | - | 20/HR/S | MÉDICO(A) DIRETOR TECNICO |
| 28 | 04 | 02 | 30/HR/S | FISIOTERAPEUTA |
| 29 | 01 | - | 30 HS/S | FISIOTERAPEUTA -DIREÇÃO DA ACADEMIA DE SAÚDE E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (EXPERIENCIA TERRITORIAL) |
| 30 | 01 | - | 20/HR/S | ENFERMEIRO(A) CCIH |
| 31 | 01 | - | 20 HS/S | ENFERMEIRO(A) PARA CENTRO CIRÚRGICO |



| | | | | |
|----|----|----|---------|--|
| 32 | 01 | 01 | 12 HS/S | MÉDICO(A) PLANTONISTA CIRURGIÃO GERAL |
| 33 | 01 | 01 | 12 HS/S | MÉDICO(A) PLANTONISTA SOBRE AVISO CIRURGIÃO GERAL |
| 34 | 01 | 01 | 12 HS/S | MÉDICO(A) PLANTONISTA SOBRE AVISO CLÍNICO GERAL |

2.2 -O atendimento do contratado contemplará a execução das atividades e serviços necessários à prestação da assistência à saúde **com qualidade** aos beneficiários.

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1. Poderão participar deste Credenciamento todos os prestadores de serviços, sejam pessoas jurídicas ou físicas da área da saúde, **que estiverem registrados nas entidades incumbidas da fiscalização do exercício profissional** e que detenham habilitação para o exercício de alguma das atividades na área da saúde relacionada neste edital e que aceitem as exigências estabelecidas pelas Normas do FMS, dos Decretos Estaduais referentes ao assunto e da Lei Federal nº 14.133/2021, no que couber.

3.2. Não será aceita a participação de interessados:

- Que tiver sido declarada inidônea ou suspensão para licitar ou contratar com à Administração Pública.
- Que estiver sob processo de falência ou recuperação judicial, concurso de credores, dissolução, liquidação e empresas estrangeiras que não funcionem no país.
- Em consórcio de proponentes.
- Que estiver cumprindo penalidades impostas pela Administração Pública, e demais casos previstos na legislação que rege este processo.

3.3. Os credenciamentos serão formalizados mediante “Termo de Contrato de Credenciamento”, no qual constará:

- Qualificação das partes;
- Objeto do credenciamento;
- Vigência do contrato de credenciamento que será até 31 de dezembro de 2024, podendo ser prorrogado nos termos do Art. 107, da Lei 14.133/2021, mediante Termo Aditivo de Contrato;
- O valor estimado a ser pago ao profissional/empresa, bem como o valor a ser pago por atendimento, **com base na tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Município**;
- O valor máximo mensal;
- A forma de pagamento será feita mediante apresentação de nota fiscal emitida pelos prestadores de serviços credenciados como pessoa jurídica, atestada pelo gestor de que os serviços foram prestados, observar-se-á o preço aprovado pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS), tendo por base as Tabelas do SUS (Sistema Único de Saúde) e AMB (Associação Médica Brasileira). Os Interessados credenciados como pessoa física serão pagos através de ordem de pagamento conforme relatório apresentado pelo gestor.
- A Dotação Orçamentária que garantirá o cumprimento da despesa;
- As penalidades pelo não cumprimento do ajuste, inclusive o descredenciamento;
- A indicação do Foro competente;
- Local, data e assinatura das partes;
- Assinatura das testemunhas, com número de CPF.

4. DO CREDENCIAMENTO

4.1. É facultado a todos que preencherem os requisitos mínimos exigidos pela Administração, **REQUERER SEU**



CRENCIAMENTO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS, sejam pessoas jurídicas ou físicas para prestação de serviços nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Iaciara, Unidades Básicas de Saúde, e demais locais estabelecidos pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde.

4.2. O credenciamento será realizado enquanto perdurar a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde.

4.3. A inscrição no credenciamento **NÃO GARANTE** a contratação do interessado pelo Fundo Municipal de Saúde, podendo ser contratado de acordo **COM A NECESSIDADE DA SECRETARIA** durante o ano de 2024.

4.4. Os horários de trabalho serão estipulados por carga horária a ser definida pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme o caso, nas quantidades, especificações e valores estabelecidos neste Edital e seus anexos, para o exercício fiscal de 2024, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo e/ou republicação do extrato do edital na imprensa oficial.

4.5. A participação no processo implica manifestação do interesse do profissional em participar do processo de credenciamento junto a SMS, e a aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela Administração.

4.6. somente serão credenciados os interessados que comprovarem a habilitação exigida neste edital.

4.7. É vedada a celebração de contrato com credenciantes sem o preenchimento dos requisitos **do item 5**,

observando, ainda, **a vedação da participação de profissional já ocupante de cargo efetivo e/ou comissionado** neste município ou dirigente de órgão ou entidade contratante, conforme art. 9.º, parágrafo § 1º da Lei 14.133/2021 e respectivas alterações.

4.8. O interessado a participar do presente edital, detentor de cargo efetivo e/ou comissionado de **outro ente federado**, exceção ao subitem anterior, poderá participar, **desde que a carga horária seja compatível** com os plantões a serem executados.

4.9. Não poderão participar do credenciamento:

- Interessados que tenham sido declarados inidôneos para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- Interessados cuja carga horária seja incompatível com os horários dos plantões a serem executados;

5. DA HABILITAÇÃO E DA DOCUMENTAÇÃO

5.1. O interessado em participar do processo de credenciamento objeto deste Edital deverá entregar no ato da inscrição, os documentos constantes da "Relação de documentos necessários para habilitação ao credenciamento", **sob pena de inabilitação**.

5.2. Ressalvados os documentos elaborados e firmados pelo interessado(a), todos os demais documentos necessários ao credenciamento deverão ser apresentados em cópias autenticadas em cartório, ou em cópia simples acompanhadas dos originais para autenticação por servidor da Administração, nos termos do art. 70 da Lei Federal nº 14.133/2021.

5.3. A autenticação feita pelo servidor público não garante a conferência da documentação, a qual fica exclusivamente por conta do (a) candidato (a).

5.4. A documentação deverá ser **PROTOCOLADA** na Sala da Comissão de Licitação, na Praça Cirilo Sabath, S/N, Centro, Iaciara/GO, CEP:73.920-000, nos dias e horários designados neste edital, caso a documentação não esteja conforme Edital, **O INTERESSADO NÃO SERÁ CREDENCIADO**.

5.5. Toda a documentação exigida, conforme detalhamento no **item 5.7** é requisito obrigatório à habilitação jurídica, técnica e fiscal do interessado no credenciamento de que trata este edital.

5.6. As certidões que compõem a documentação exigida e possuem data de validade, deverão estar válidas até o final do prazo de inscrição constante deste edital, devendo ser atualizadas no momento da assinatura do contrato e durante a sua vigência, caso seja formalizado.

5.7. - O credenciado deverá trazer os seguintes documentos:



5.7.1. DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA PRESTADOR DE SERVIÇO- PESSOA JURÍDICA:

- a) Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo–II;
- b) Cópia do Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social e suas alterações em vigor;
- c) Cópia do documento dos sócios ou proprietário;
c.1: Carteira Profissional expedida pelo conselho pertinente que tenha Identificação com foto
- d) Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento atualizado, expedido pela Prefeitura da sede do estabelecimento participante, ou outro documento equivalente;
- e) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- f) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, na forma da lei;
- g) Prova de regularidade para com o município de Iaciara, na forma da lei;
- h) Prova de regularidade relativa à ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- i) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT);
- j) Declaração dos proprietários, administradores e dirigentes da entidade de que não ocupam cargo de chefia ou função de confiança na Administração Pública;
- k) Declaração do proponente de que não pesa contra si, declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com o modelo constante no Anexo II;
- l) Declaração de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, conforme anexo IV.
- m) As certidões que não contenham expresse a data de validade, considerar-se-á válida por 60 (sessenta) dias.

5.7.2–DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA PRESTADOR DE SERVIÇO – PESSOA FÍSICA:

- a) Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo –III;
- b) CPF – Cadastro de pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- c) Carteira Profissional expedida pelo conselho pertinente que tenha Identificação com foto;
- d) Documento de Identidade Profissional ou declaração/certidão emitida pelo conselho apta a comprovar registro profissional;
- e) Diploma da especialidade interessada ou certidão/declaração de conclusão de curso;
- f) Comprovante de quitação atualizado com o Conselho ou Certidão Negativa do Conselho;
- g) Comprovante de Endereço atualizado;
- h) Certidão Negativa da Fazenda Pública Municipal do domicílio do credenciado;
- i) Certidão Negativa da Fazenda Pública Municipal do município de Iaciara;
- j) Certidão Negativa do Tribunal Superior do Trabalho;
- k) Certidão Negativa da Fazenda Pública Estadual;
- l) Certidão Negativa da Receita Federal;
- m) Currículo atualizado;
- n) Título de Eleitor;
- o) Número do PIS ou NIT ou PASEP;
- p) XVI. 01 foto 3X4.
- q) Declaração dos administradores e dirigentes da entidade de que não ocupam cargo de chefia ou função de confiança na Administração Pública;
- r) As certidões que não contenham expresse a data de validade, considerar-se-á válida por 60 (sessenta) dias.



5.8 – Os interessados poderão se fazer representar neste credenciamento por meio de pessoa física, apresentando original e cópia, de Procuração Particular, com firma reconhecida em cartório, nos quais constem poderes específicos, para assinar todos os demais atos inerentes ao credenciamento.

5.8.1- Apresentar Documento de Identificação (cédula de identidade), original e cópia do representante legal do credenciado.

6. RECEBIMENTO DOS DOCUMENTOS

6.1 Os documentos exigidos neste edital deverão ser entregues na Sala da Comissão de Licitação, situado na Prefeitura Municipal de Iaciara, Praça Cirilo Sabath, s/n, Centro TEL.: (62) 3473-1062 – CEP 73.920-000, durante o prazo de **04 de março de 2024 até o dia 29 de novembro de 2024**, no horário das 8:00 as 12:00 hrs e das 14:00 às 17:00hs.

6.2 -Todos os documentos exigidos neste Edital para a instrução do processo de credenciamento **DEVERÃO SER ENTREGUES EM ENVELOPE, devidamente LACRADOS** e de preferência, opacos, contendo em suas partes externas e frontais, em caracteres destacados, os seguintes dizeres:

AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IACIARA-GO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº. 003/2024
NOME DO INTERESSADO: _____
RG:___/ CPF: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: _____
CATEGORIA/ ESPECIALIDADE A SER CREDENCIADA: _____

6.3- Toda a documentação constante no envelope entregue deverá ser apresentada, **preferencialmente, na ordem da relação** constante **NO ITEM 5.7**, com todas as folhas numeradas em ordem sequencial, em algarismos arábicos(NUMERICOS), e **RUBRICADAS PELO INTERESSADO** ou seu representante legal.

6.4- Os documentos exigidos para a inscrição não poderão ser remetidos via postal, fax ou por correio eletrônico.

6.5- A ENTREGA DOS DOCUMENTOS DAR-SE-Á MEDIANTE PROTOCOLO, QUE SERVIRÁ COMO COMPROVANTE DA INSCRIÇÃO.

6.6- Não será aceita a inscrição extemporânea ou condicional, **NEM A COMPLEMENTAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DOCUMENTOS DEPOIS DE REALIZADO O PROTOCOLO.**

6.7 -As informações prestadas no ato da inscrição, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.

6.8 -Os documentos serão recebidos a partir da data e horários previamente definidos neste Edital, mediante protocolo na sede da Secretaria Municipal de Iaciara/GO, conforme evidenciado neste instrumento e anexos.

7. PROCEDIMENTO DO CADASTRO/ CONVOCAÇÃO

7.1. É facultada toda pessoa jurídica ou profissional que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significará sua admissão **a um cadastro da área de saúde que FICARÁ À DISPOSIÇÃO DO MUNICÍPIO PARA FUTURA CONTRATAÇÃO;**

7.2. A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.



7.3. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastro do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento.

7.4. A inscrição para credenciamento **NÃO GARANTE A CONTRATAÇÃO DO INTERESSADO** pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo o credenciado ser contratado de acordo com a **necessidade** da Administração Municipal **ao longo dos meses subsequentes do ano de 2024**;

7.5. Poderão ocorrer candidatos excedentes de número de vagas fixadas pela SMS/Fundo Municipal de Saúde, **poderão ser convocados dentro do prazo previsto neste Edital**, em caso de **existência de vagas** e/ou ampliação do quantitativo de vagas na rede de saúde pública municipal.

7.6. O limite de vagas para credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas, **DEPENDE DA NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE** dentro dos limites da legislação vigente, capaz de suprir a demanda de atendimentos e serviços, observando sempre a sistemática de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde-SUS, sem prejuízo da observância do Complexo Regulador da **CRENCIANTE**.

7.7. No decorrer **do ano (2024)** visando o atendimento das necessidades da coletividade e devido à impossibilidade de competição de preços e/ou títulos, a Administração Municipal, convocará os cadastrados.

7.8. Após a convocação e entrega da documentação solicitada atualizada, a Administração Pública/Fundo Municipal de Saúde formalizará o credenciamento dos Interessados, facultando-lhe o aumento na quantidade de vagas, bem como, a diminuição ou extinção delas.

7.9. Os credenciamentos poderão ser rescindidos a qualquer tempo pela administração, notificando à outra parte em 5 (cinco) dias, especialmente no caso de realização de concurso público.

8. CRITÉRIO DE CADASTRO/ DA CONTRATAÇÃO

8.1. Os interessados serão inicialmente cadastrados **pela ordem de apresentação** dos documentos de habilitação, junto ao setor indicado neste Edital e posteriormente recadastrados conforme a ordem de execução dos serviços.

8.2. Os interessados inscritos e habilitados serão selecionados **mediante análise da documentação** exigida no Edital, cujo procedimento é de responsabilidade da Comissão de Credenciamento, com auxílio da Secretaria Municipal de Saúde, a apreciação dos pedidos de credenciamento.

8.3. A apreciação consistirá no exame da conformidade da documentação apresentada pelo interessado com o exigido neste Edital.

8.4. – A convocação dos Interessados credenciados para assinatura do contrato/credenciamento será feita por **meio de notificação via e-mail, fax, telefone ou via correios**.

8.5. – Para assinatura do contrato de credenciamento os Interessados terão o prazo de 03 (três) dias úteis após a convocação, permitindo a prorrogação por igual período, na forma do art. 90 da Lei nº 14.133/2021 e suas alterações.

8.6. – As contratações se darão dentro do limite de vagas de acordo com a demanda presente e futura, na implantação e operacionalização dos serviços de saúde.

8.7. – O contrato terá vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, a contar da data de assinatura do contrato **até 31 de dezembro de 2024**, podendo ser prorrogado caso haja interesse entre as partes, na forma do art. 107 da Lei nº 14.133/2021, **podendo ser corrigido pela Tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Iaciara**, e obedecendo as instruções e resoluções do Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios.

8.8. Durante o prazo de vigência deste Edital, o postulante que teve seu pedido rejeitado poderá corrigir erros ou suprir omissões que levaram ao indeferimento, inclusive mediante a apresentação de documentos, **e deverá fazê-lo por meio de novo requerimento**.

8.9. A Administração **só convocará os credenciados** conforme a sua necessidade, não sendo obrigatório a sua convocação.

8.10. Caso haja um número de credenciados maior do que o número de vagas ofertadas, o critério para **a escolha será a data do protocolo**.



9. DAS VAGAS, PREÇO, FORMA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1. O número das especialidades que consta na cláusula 2, e a remuneração pelos serviços serão conforme especificação discriminadas no Termo de Referência – Anexo I deste Instrumento. Algumas especialidades tiveram aumento nas vagas, tendo em conta, a prevenção e combate à epidemia caracterizada como “Pandemia” do “COVID-19”, de importância Nacional e Internacional. **Considerando**, que a vacinação **não atingiu** 100% da população de Iaciara, bem como no Estado de Goiás, assim continua o aumento significativo e comprovado de casos notificados em todo o mundo, bem como o surgimento de novas variantes, **assim ocorrendo o** aumento exponencial de casos confirmados de infecção pelo coronavírus (COVID-19) no Brasil **e os casos suspeitos no âmbito do Município de Iaciara**, desta feita, fundamenta o presente aumento.

9.2. O pagamento será efetuado mediante transferência bancária, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços ou da entrega da nota fiscal;

9.3. O **CONTRATADO** deverá apresentar até o último dia útil do mês da prestação dos serviços:

9.3.1. Nota Fiscal de Serviços do Contratado pessoa jurídica.

9.4. Sobre o valor do crédito pago e previsto serão retidas:

9.4.1. Contribuição social para Seguridade Social do RGPS/INSS, até o limite máximo do salário-contribuição;

9.4.2. IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme limites e condições previstas na legislação vigente;

9.4.3. ISS – imposto sobre serviço de acordo com a tabela prevista na legislação municipal do Contratante.

9.5. As despesas decorrentes deste processo correrão a conta da dotação orçamentária:

Pessoa Física:

Fundo Municipal de Saúde, Hospital Municipal

05.01.10.302.0010.2109.3.3.90.36. Fonte (102; 114.017)

Manutenção do Hospital Municipal – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física.

Atenção Básica-PSF'S

05.01.10.301.0010.2110.3.3.90.36. Fonte (114.008)

Manutenção dos Programas de Atenção Básica – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física

Fundo Municipal de Saúde, Farmácia Básica

05.01.10.301.0010.2110.3.3.90.36. Fonte (114.013;131.013)

Manutenção dos Programas de Atenção Básica – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física.

Pessoa Jurídica:

Fundo Municipal de Saúde, Hospital Municipal

05.01.10.302.0010.2109.3.3.90.39. Fonte (102; 114.017)

Manutenção do Hospital Municipal – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

Atenção Básica-PSF'S

05.01.10.301.0010.2110.3.3.90.39. Fonte (114.008)

Manutenção dos Programas de Atenção Básica – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

9.6-A CREDENCIADA será remunerada de acordo com os valores previsto no edital de Chamamento Público nº 003/2024 referente à produção apresentada e constatada pela Secretaria Municipal de Saúde. O valor será



pago mensalmente, aos prestadores, pelos serviços efetivamente prestados, estes deverão ser aprovados e se houver alguma divergência poderão sofrer glosas no teto máximo da unidade e nos valores unitários de cada procedimento.

10. CRITÉRIO DE REAJUSTE

10.1. O instrumento poderá ser repactuado, visando à manutenção de seu equilíbrio econômico financeiro, observados o interregno mínimo de um ano, a contar da data de sua assinatura, ou a qualquer tempo ter reequilíbrio, mediante planilha de preços aprovada e autorizada pelo Conselho Municipal de Saúde sempre que for necessária a sua aprovação perante os mesmos, sempre que os valores encontrarem-se abaixo dos valores praticados no mercado.

11. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

11.1. Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Município de Iaciara poderá, garantida a prévia defesa, **SER IMEDIATAMENTE DESCREDECENCIADO** além sem prejuízos da aplicabilidade dos cadastrados as sanções previstas no art. 155 ao 162 da Lei 14.133/2021 e suas posteriores alterações..

12. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1. Os serviços, objeto deste processo, **que tenham sido regularmente prestados** e validados conforme o estipulado no presente instrumento serão pagos ao CONTRATADO pelo FMS.

12.2. Não será permitido ao CONTRATADO, em nenhuma hipótese, a cobrança de serviços, diárias, taxas, materiais, medicamentos ou honorários, sob qualquer pretexto e/ou forma, dos beneficiários do FMS, sob pena de descredenciamento.

12.3. O pagamento pelos serviços prestados ao FMS será efetuado por meio de depósito em conta bancária do CONTRATADO, conforme informado pelo contratado, e o comprovante de pagamento, para efeito legal, será o crédito na conta bancária, conforme dados e informações cadastrais

12.4. Para efeito de pagamento pelos serviços prestados, somente serão consideradas os registros eletrônicos de ponto e as escalas de trabalho atestadas pelas chefias imediatas confirmando a efetiva realização dos plantões assistenciais.

12.5. Os pagamentos devidos serão mensais e efetuados de acordo com as normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Finanças, uma vez obedecidas às formalidades legais e contratuais pertinentes, mediante crédito em conta corrente.

12.6. Não havendo nenhum bloqueio por descumprimento de exigência, os créditos em conta corrente serão efetuados no prazo máximo de 10 (dez) dias, após o fechamento do período da prestação dos serviços mediante apresentação do Livro Ata com Registro do Ponto, para pessoa física e de Nota Fiscal para pessoa jurídica, e em conformidade com o repasse dos recursos ao Fundo Municipal de Saúde.

12.7. A Administração Municipal, oportunamente pagará ao profissional da área de saúde pelos serviços efetivamente prestados e comprovados pelas faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

13. RECURSOS

13.1. Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art.165 da Lei 14.133/2021, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

14. DO DESCREDECENCIAMENTO:

14.1. Por algum motivo o credenciado deixar de atender as condições estabelecidas neste Edital e no



contrato administrativo de prestação de serviços;

14.2. Na recusa injustificada do credenciado em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo de 05 (cinco) dias úteis, implicando em seu imediato descredenciamento e na imediata suspensão do direito de licitar ou participar de novo credenciamento com o Município de Iaciara pelo prazo de 12 (doze) meses;

14.3. A Secretaria Municipal de Saúde de Iaciara fica assegurada o direito de no interesse do Município, revogar ou anular o presente processo de credenciamento, sem que caibam aos licitantes quaisquer direitos a reclamações ou indenizações;

15. DA VIGÊNCIA

15.1. O Termo de Credenciamento terá vigência da data de assinatura até **31/12/2024**, ou seja, devendo ater-se até à duração dos créditos orçamentários, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo próprio, no interesse da Administração Municipal, nos termos do art. 107, da Lei nº 14.133/2021. podendo ser corrigido pela Tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Iaciara, e obedecendo as instruções e resoluções do Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios.

16. DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1. Esclarecimentos relativos ao presente chamamento públicos e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Iaciara.

16.2. O profissional se obriga a apresentar a qualquer tempo, documentos julgados necessários pelo FMS – Fundo Municipal de Saúde, referente à sua vida profissional, financeira e civil.

16.3. A aceitação das condições constantes deste Edital será formalizada com a assinatura do respectivo contrato/credenciamento.

16.4. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei nº 14.133/2021, nos princípios do Direito Público e subsidiariamente, com base em outras leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

16.5. A minuta do instrumento de credenciamento constantes deste edital será ajustada às peculiaridades de cada CREDENCIADO e mediante necessidades do FMS, de forma a evidenciar o tipo de cobertura dos serviços, procedimentos e orientações técnicas, dentre outros aspectos.

16.6. Em casos de dúvidas o profissional deverá sempre recorrer ao Fundo Municipal de Saúde a fim de conseguir instruções de como proceder.

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

16.8. Constituem e fazem parte deste edital os anexos, constantes de minutas dos credenciamentos de pessoas físicas e jurídicas especificamente por categoria, atividade e local.

16.9. - Os Interessados a serem credenciados, serão necessariamente autônomos, **não existindo assim, entre a administração municipal e os mesmos, nenhum vínculo empregatício ainda que indiretamente**, por inteligência do art. 37, II, da CF. Já com relação ao regime previdenciário, aplica-se aos Credenciados autônomos, o Regime Geral da Previdência Social.

16.10. O FMS permanecerá à disposição dos interessados para esclarecer quaisquer dúvidas e prestar informações referentes ao presente Edital, através dos telefones: 62 3396 1155, no horário das 08 às 12 horas;

16.11. Caberá ao contratado à obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária ou outra entidade reguladora da atividade exercida, reservando-se ao FMS o direito de recusar e sustar a prestação de serviços dos prestadores de saúde que não se adequarem às normas



estabelecidas.

16.12. A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

16.13. – O prazo de validade do presente Edital, **será até 31 de dezembro de 2024**, a contar da data de sua publicação, podendo, neste período ser publicado edital suplementar sem a necessidade de revogação deste.

16.14. O presente Edital poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação, sem que disso decorra qualquer direito ou indenização ou ressarcimento para os interessados, seja de que natureza for.

16.15. Fica eleito o foro da Comarca de Taquaral de Goiás, Estado de Goiás, para dirimir quaisquer questões referentes a este Edital, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

16.16. É vedada SUBCONTRATAÇÃO do objeto do futuro contrato nos termos da Instrução Normativa nº 008/2023 do Tribunal de Contas dos Municípios-TVM-GO.

Fazem parte do presente Edital integrando-o de forma plena:

- a) Anexo I – Termo de Referência;
- b) Anexo II – Modelo de Requerimento para Credenciamento Pessoa Jurídica;
- c) Anexo III – Modelo de Requerimento para Credenciamento Pessoa Física;
- d) Anexo IV – Modelo de Declaração PESSOA jurídica; Anexo IV.I-- Modelo de Declaração PESSOA física
- e) Anexo V — Minuta Contratual Pessoa Física.
- f) Anexo VI — Minuta Contratual Pessoa Jurídica.

Iaciara aos 05 de abril de 2024.

EIDIANE DA SILVA SOARES
GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS



ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

1. O presente Termo de Referência tem por objeto oferecer especificações técnicas para o PROCESSO DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS DA ÁREA DE SAÚDE, para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a relação abaixo:

| ORDEM | QUANTIDADE VAGAS IMEDIATAS | QUANTIDADE VAGAS RESERVA | CARGA HORÁRIA | ESPECIALIDADE | VALOR TOTAL |
|-------|----------------------------|--------------------------|---------------|---|---------------|
| 1 | 01 | 02 | 20/HS/S | NUTRICIONISTA | R\$ 2.500,00 |
| 2 | 03 | 02 | 40/HS/S | CIRURGIÃO DENTISTA E.S.F | R\$ 3.500,00 |
| 3 | 01 | 02 | 20/HS/S | FONOAUDIÓLOGO(A) | R\$ 2.500,00 |
| 4 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO MASTOLOGISTA | R\$ 180,00 |
| 5 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO PEDIATRA | R\$ 130,00 |
| 6 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO UROLOGISTA | R\$ 150,00 |
| 7 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA | R\$ 150,00 |
| 8 | 01 | 01 | 40/HS/S | EDUCADOR FÍSICO | R\$ 3.000,00 |
| 9 | 01 | 02 | 40/HS/S | AUXILIAR CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO | R\$ 1.700,00 |
| 10 | 02 | 03 | 40/HS/S | PSICÓLOGO(A) | R\$ 3.000,00 |
| 11 | 01 | 01 | 20/HS/S | VETERINÁRIO(A) | R\$ 2.000,00 |
| 12 | 03 | 05 | 40/HS/S | ENFERMEIRO(A) PSF | R\$ 4.318,18 |
| 13 | 06 | 06 | 40/HS/S | ENFERMEIRO(A) HOSPITAL | R\$ 4.318,18 |
| 14 | 09 | 11 | 12/HS/S | ENFERMEIRO(A)/PLANTÃO | R\$ 200,00 |
| 15 | 08 | 08 | 40/HS/S | TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM PSF | R\$ 3.022,72 |
| 16 | 10 | 10 | 40/HS/S | TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM HOSPITAL | R\$ 3.022,72 |
| 17 | 18 | 18 | 12/24/HS | TÉCNICO(A) ENFERMAGEM/PLANTÃO | R\$ 100,00 |
| 18 | 01 | 02 | 40/HS/S | MÉDICO(A) CLINICO GERAL PARA ESF | R\$ 18.000,00 |
| 19 | 01 | 02 | 12/HS/S | MÉDICO(A) PLANTONISTA CLINICO GERAL | R\$ 1.150,00 |
| 20 | 01 | 01 | 20/HS/S | MÉDICO(A) DIRETOR CLINICO | R\$ 3.500,00 |
| 21 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PF OU PJ PARA COMPOR A JUNTA MEDICA DO FMS DE IACIARA (ATEND. POR PERICIA) | R\$ 300,00 |
| 22 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO(A) ORTOPEDISTA | R\$ 120,00 |

| | | | | | |
|----|----|----|-------------|---|--------------|
| 23 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO(A) PSQUIATRA | R\$ 400,00 |
| 24 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO(A) CARDIOLOGISTA | R\$ 130,00 |
| 25 | 02 | 01 | 40/HR/S | FARMACÊUTICO(A) | R\$ 3.800,00 |
| 26 | 01 | 01 | UN/CONSULTA | MÉDICO(A) GINECOLOGISTA | R\$ 150,00 |
| 27 | 01 | - | 20/HR/S | MÉDICO(A) DIRETOR TECNICO | R\$ 3.500,00 |
| 28 | 04 | 02 | 30/HR/S | FISIOTERAPEUTA | R\$ 3.000,00 |
| 29 | 01 | - | 30 HS/S | FISIOTERAPEUTA -DIREÇÃO DA ACADEMIA DE SAÚDE E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (EXPERIENCIA TERRITORIAL) | R\$ 2.500,00 |
| 30 | 01 | - | 20/HR/S | ENFERMEIRO(A) CCIH | R\$ 2.000,00 |
| 31 | 01 | - | 20 HS/S | ENFERMEIRO(A) PARA CENTRO CIRÚRGICO | R\$ 2.000,00 |
| 32 | 01 | 01 | 12 HS/S | MÉDICO(A) PLANTONISTA CIRURGIÃO GERAL | R\$ 1.250,00 |
| 33 | 01 | 01 | 12 HS/S | MÉDICO(A) PLANTONISTA SOBRE AVISO CIRURGIÃO GERAL | R\$ 550,00 |
| 34 | 01 | 01 | 12 HS/S | MÉDICO(A) PLANTONISTA SOBRE AVISO CLÍNICO GERAL | R\$ 550,00 |

1.1 DA ESPECIFICAÇÃO

| ITEM | LOCAL DE TRABALHO | FUNÇÃO | REQUISITOS | ATRIBUIÇÕES GENERICAS |
|------|-------------------|--------------------------|---|---|
| 001 | UNIDADES E.S.F | NUTRICIONISTA NASF | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Nutrição fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Desenvolver ações de nutrição e dietética junto a pacientes submetido a tratamento de patologias; atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado; e demais atividades previstas para a atividade profissional de Nutricionista. |
| 002 | UNIDADES E.S.F | CIRURGIÃO DENTISTA E.S.F | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Odontologia fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; II - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolutividade; III - Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; VII - Realizar supervisão técnica do auxiliar em saúde bucal |



| | | | | |
|-----|--------------------|-----------------------------|---|---|
| | | | | (ASB); e VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. |
| 003 | UNIDADES E.S.F | FONOAUDIOLOGO(A) | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Fonoaudiologia fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Fonoaudiologia do Estado de Goiás. | Atuar na promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiólogos da função auditiva periférica e central, da função vestibular, da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala. Realizar os testes de triagem da linguinha e orelhinha quando ofertado equipamentos pelo município e em conformidade com a demanda local. |
| 004 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO MASTOLOGISTA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Cuidar da saúde das mamas. Ele estuda as particularidades dessa região do corpo feminino, faz diagnósticos de doenças e receita tratamentos para condições das glândulas mamárias. |
| 005 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO PEDIATRA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Cuidar da saúde de crianças desde o nascimento até a adolescência. Eles são treinados para avaliar o desenvolvimento físico e emocional das crianças, diagnosticar e tratar doenças, bem como orientar os pais sobre a nutrição adequada, comportamento e segurança infantil. |
| 006 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO UROLOGISTA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Capacitado para realizar tanto o tratamento clínico quanto cirúrgico, além de participar da prevenção e diagnóstico de doenças relacionadas ao trato urinário como um todo. Tratando-se de doenças graves, tem papel primordial ao realizar check-ups e exames preventivos, como o de próstata. |
| 007 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGIA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Cuidar da saúde do ouvido, nariz e garganta. Assim, trabalha na prevenção, diagnóstico e no tratamento das doenças que atingem estes órgãos. Por exemplo: gripes, resfriados, sinusites, infecções, entre outras. |

| | | | | |
|-----|-------------------|---------------------|--|---|
| 008 | ACADEMIA DE SAÚDE | EDUCADOR FÍSICO | Diploma devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação de nível superior em Educação Física, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no órgão de classe específico. | <p>Planejar, acompanhar, avaliar, executar e controlar as atividades relacionadas à educação física através da promoção da saúde e da capacidade física por meio de prática de exercícios e atividades corporais. Desenvolver programas de educação preventiva à saúde seguindo as diretrizes da atenção primária à saúde. Desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade. Veicular informações que visem à prevenção, minimização dos riscos e proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado. Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades por meio de atividade física regular, do esporte e lazer e das práticas corporais. Proporcionar Educação Permanente em atividade física/ práticas corporais, nutrição e saúde juntamente com as equipes de saúde da família, sob a forma de coparticipação e acompanhamento supervisionado, discussão de casos e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de educação permanente. Articular ações, de forma integrada às equipes de saúde da família, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da Administração Pública. Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social. Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais. Capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde, para atuarem como facilitadores e/ou monitores no desenvolvimento de atividades físicas/práticas corporais. Supervisionar de forma compartilhada e participativa as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família na comunidade sugerindo e executando ações no âmbito das práticas corporais e atividades físicas. Promover ações ligadas às atividades físicas/práticas corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no Município. Articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com outras equipes multidisciplinares e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais. Promover eventos que estimulem ações que valorizem atividades físicas/práticas corporais e sua importância para a saúde da população. Atuar na execução de programas e projetos na área de assistência social. Integrar equipes multidisciplinares de atendimento aos programas e projetos na área da infância e juventude. Coordenar e dirigir as competições desportivas envolvendo os diversos setores da comunidade municipal, em especial as crianças e adolescentes. Supervisionar, dirigir e executar as atividades de práticas desportivas das crianças e adolescentes, organizando as competições e treinamentos. Implantar, coordenar e executar programas e projetos à infância e adolescência, especialmente àqueles considerados em situação de maior vulnerabilidade social, para promoção humana, na busca do seu desenvolvimento sadio. Organizar, coordenar e executar programas e projetos junto às crianças e adolescentes com vistas às práticas desportivas para a inclusão social, a melhoria da qualidade de vida e a valorização da pessoa humana. Atuar, planejar e executar projetos junto aos idosos assistidos ou não pelos programas sociais, visando a melhoria da qualidade de vida da terceira idade. Coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, bem como prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto. Executar ações correlatas às suas funções em qualquer programa ou projeto sob a determinação da Administração.</p> |
| 009 | UNIDADES E.S.F | AUX. DE CONSULTORIO | Diploma, devidamente | Auxiliar de dentista é responsável pelas atividades mais |

| | | | | |
|-----|--|-----------------------------|---|--|
| | | ODONTOLOGICO | registrado, de conclusão de Curso de Auxiliar ou Técnico em odontologia fornecida por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado Goiás. | preparatórias no atendimento ao paciente. Além disso, é responsável por separar e higienizar os materiais que serão usados e por descartar os itens após o uso, além de recepcionar o paciente e organizar a ficha de atendimento |
| 010 | ACADEMIA DE SAÚDE | PSICÓLOGO(A) NASF | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Psicologia fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Realizar avaliação psicológica, psicoterapia individual e em grupo, atendimento psicológico individualizado ao paciente e ao familiar, orientação e acompanhamento psicológico ao paciente e familiar no consultório; orientar e encaminhar pacientes externo; atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. |
| 011 | VIGILÂNCIA EM SAÚDE: AMBIENTAL, EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE ENDEMIAS. | VETERINÁRIO(A) | Diploma devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação de nível superior em veterinária | Cuidar das políticas de prevenção e controle de doenças transmissíveis; de notificação de enfermidades; de investigação e vigilância epidemiológica; de orientação e supervisão da utilização de imunobiológicos; controle de zoonoses, de investigação de surtos e epidemias, em especial doenças emergentes; de programação de insumos na área de vigilância em saúde e vigilância sanitária. |
| 012 | UNIDADES E.S.F | ENFERMEIRO(A) PARA E.S.F | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Enfermagem fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás | I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e outras definidas pela Secretaria Municipal de Saúde. |
| 013 | HOSPITAL MUNICIPAL | ENFERMEIRO(A) HOSPITAL | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Enfermagem fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás. | Planejar, Coordenar, organizar, supervisionar e avaliar os atendimentos de Enfermagem no âmbito da assistência do Hospital Municipal, previstos em normatização própria do programa e no código de ética e /ou outra regulamentação de enfermagem pertinente à atividade do Enfermeiro. Participar de programa de treinamento e outras funções definidas pela Secretaria Municipal de Saúde. |
| 014 | HOSPITAL MUNICIPAL | ENFERMEIRO(A)/PLANTÃO | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Enfermagem fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás. | Planejar, Coordenar, organizar, supervisionar e avaliar os atendimentos de Enfermagem no âmbito da assistência do Hospital Municipal, previstos em normatização própria do programa e no código de ética e /ou outra regulamentação de enfermagem pertinente à atividade do Enfermeiro. Participar de programa de treinamento e outras funções definidas pela Secretaria Municipal de Saúde. |
| 015 | UNIDADES E.S.F | TÉCNICO(A) ENFERMAGEM E.S.F | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de | I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na |

| | | | | |
|-----|--------------------|--------------------------------------|--|---|
| | | | Curso de Auxiliar ou Técnico em Enfermagem fornecida por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado Goiás. | UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente |
| 016 | HOSPITAL MUNICIPAL | TÉCNICO(A) ENFERMAGEM HOSPITAL | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de Auxiliar ou Técnico em Enfermagem fornecida por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado Goiás. | Desempenhar funções de nível técnico nos diferentes níveis de complexidade no âmbito da assistência de enfermagem do hospital municipal sob a coordenação e supervisão do enfermeiro. Participar dos programas de treinamento e atividades de capacitação e outras funções estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. |
| 017 | HOSPITAL MUNICIPAL | TÉCNICO(A) ENFERMAGEM PLANTONISTA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de Auxiliar ou Técnico em Enfermagem fornecida por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado Goiás. | Desempenhar funções de nível técnico nos diferentes níveis de complexidade no âmbito da assistência de enfermagem do hospital municipal sob a coordenação e supervisão do enfermeiro. Participar dos programas de treinamento e atividades de capacitação e outras funções estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. |
| 018 | UNIDADES E.S.F | MÉDICO(A) PARA E.S.F | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | - Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado o necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles; V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB e outras definidas pela Secretaria Municipal de Saúde. |
| 019 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO(A) PLANTONISTA CLÍNICO GERAL | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Realizar exames médicos, emitir diagnósticos, prescrever medicamentos, realizar outras formas de tratamento, aplicando recursos de medicina terapêutica, fazer anamnese, exame físico e seguimento dos pacientes, estabelecer conduta com base na suspeita diagnóstica solicitar exames de urgência e emergência período de consulta determinar por escrito prescrever drogas e cuidados especiais preencher e assinar formulários de internação, alta, óbito, realizar tratamento específicos de rotina e emergência e fazer anotações pertinentes no prontuário, participar de reuniões administrativas do corpo clínico, regular o acesso do usuário aos serviços do SUS, de acordo com a especialidade a partir da identificação da necessidade desse usuário, cumprir normas e regulamentos do Hospital e outras definidas pela Secretaria Municipal de Saúde |
| 020 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO DIRETOR CLINICO | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível | Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição. Em qualquer ausência de plantonistas, cabe a esse gestor tomar |

| | | | | |
|-----|--------------------|-------------------------|--|---|
| | | | superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. | providências para solucionar a falha. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares, assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica e garantir o pleno e autônomo funcionamento das comissões de ética médica; Coordenar o corpo clínico da instituição; supervisionar a execução das atividades de assistência médica; assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente; exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário; atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital e outras definidas pela Secretaria Municipal de Saúde. |
| 021 | HOSPITAL MUNICIPAL | JUNTA MÉDICA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. Experiência em emitir relatórios, pareceres e laudos técnicos | Médico clínico geral ou especialista, ou pessoa jurídica que tenha em seu quadro tal profissional ou profissionais, para compor junta médica, nos casos previstos em lei. |
| 022 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO ORTOPEDISTA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | É responsável pelo tratamento de problemas relacionados com lesões nas regiões ósseas e musculares. Por isso, um ortopedista vai atuar focado para corrigir essas lesões, orientando o seu paciente para tratamentos direcionados. |
| 023 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO PSIQUIATRA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Ele é o profissional mais geral e faz diagnóstico de distúrbios mentais, como depressão, ansiedade, esquizofrenia e até mesmo de casos de dependência em substâncias químicas. Ele é o único profissional de saúde mental que pode fazer a prescrição de medicamentos. |
| 024 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO CARDIOLOGISTA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Ministrar atendimento médico a portadores de doenças cardiovasculares. 2. interpretar eletrocardiogramas, fonocardiogramas e vectocardiogramas, radiografias, radioscopias do coração e vasos da base e demais exames e atos que digam respeito às especialidades que tenham íntima correlação com a cardiologia. |
| 025 | HOSPITAL MUNICIPAL | FARMACEUTICO HOSPITALAR | Diploma devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação de nível superior em Farmácia, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no órgão de classe específico. | Integrar a equipe multiprofissional da secretaria de Saúde; estabelecer uma relação de cuidado centrado no paciente; discutindo os casos dos pacientes e colaborando com a elaboração do plano terapêutico, conforme a rotina da unidade; acessar, conhecer, interpretar e organizar as informações constantes do prontuário, a fim de proceder à avaliação do paciente; conhecer as condições fisiopatológicas do paciente. Analisar a prescrição do paciente quanto aos aspectos legais e técnicos, de modo a promover o uso adequado de medicamentos, nutrientes e de outros produtos para a saúde; avaliar a farmacoterapia quanto à indicação, doses, horários, vias de administração, Desenvolver as suas funções de acordo |

| | | | | |
|-----|--------------------|--|---|--|
| | | | | com a conveniência do serviço; executar outras atividades inerentes ao emprego, bem como o cumprimento das rotinas administrativas estabelecidas pela Secretaria municipal de saúde. |
| 026 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO GINECOLOGISTA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Cuidar da saúde da mulher regularmente em um todo, focando especialmente no aparelho reprodutor feminino. Isso inclui o útero, ovários, trompas, vulva, vagina e até mesmo as mamas. |
| 027 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO DIRETOR CLINICO | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. | Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição; Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica; Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, |
| 028 | ACADEMIA DE SAÚDE | FISIOTERAPEUTA | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Fisioterapia fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Executar ações especializadas em fisioterapia referente aos trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicos, terapêuticos e recepcionais, para a reabilitação física e mental, visando à recuperação do paciente; atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado; bem como outras atividades inerentes à especialidade e outras sob orientação da Chefia imediata ou Secretaria Municipal de Saúde. |
| 029 | ACADEMIA DE SAÚDE | FISIOTERAPEUTA - DIREÇÃO DA ACADEMIA DE SAÚDE E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (EXPERIENCIA TERRITORIAL) | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Fisioterapia fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Executar ações especializadas em fisioterapia referente aos trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicos, terapêuticos e recepcionais, para a reabilitação física e mental, visando à recuperação do paciente; atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado; bem como outras atividades inerentes à especialidade e outras sob orientação da Chefia imediata ou Secretaria Municipal de Saúde. |
| 030 | HOSPITAL MUNICIPAL | ENFERMEIRO CCIH | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Enfermagem fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás. Diploma de Pos graduação de CCIH ou cursando. | Elaborar normas para prevenção e controle de infecções hospitalares. Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação epidemiológica. Realizar visitas às unidades de internação e aos diversos setores do hospital para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço. Avaliar e orientar medidas de isolamento e precauções junto à equipe multiprofissional. Verificar, o funcionamento das autoclaves e estufas, através do controle de temperatura, pressão e tempo do ciclo de esterilização, controlar a qualidade de esterilização das autoclaves e estufas, através de testes biológicos, em intervalos pré-fixados. Elaborar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores do Hospital. Normalizar, junto com outros membros da CCIH/SCIH, o uso dos germicidas hospitalares. Avaliar, treinar e orientar profissionais de saúde quanto a procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização. Manter-se atualizado |

| | | | | |
|-----|--------------------|------------------------------------|--|---|
| | | | | na área de controle de infecções hospitalares. Executar outras tarefas da mesma natureza e mesmo nível de complexidade, conforme atribuições inerentes ao Enfermeiro previstas na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Definir ações que visem à implementação e manutenção e execução do Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) do Hospital Municipal. De acordo com normas e resoluções expedidas por órgãos fiscalizadores e normatização própria da unidade hospitalar. |
| 031 | HOSPITAL MUNICIPAL | ENFERMEIRO PARA CENTRO CIRÚRGICO | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Enfermagem fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás. Conhecimento referente ao cargo. | <p>I - Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;</p> <p>II – Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;</p> <p>III – Participar da elaboração de sistema de registro (manual ou informatizado) da execução, monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos em uso no CME;</p> <p>IV – Propor e utilizar indicadores de controle de qualidade do processamento de produtos para saúde, sob sua responsabilidade;</p> <p>V – Avaliar a qualidade dos produtos fornecidos por empresa processadora terceirizadas, quando for o caso,</p> <p>VI – Acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;</p> <p>VII – Definir critérios de utilização de materiais que não pertençam ao serviço de saúde, tais como prazo de entrada no CME, antes da utilização; necessidade, ou não, de reproprocessamento, entre outros;</p> <p>VIII – Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;</p> <p>IX – Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;</p> <p>X – Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;</p> <p>XI – Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;</p> <p>XII – Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;</p> <p>XIII – Elaborar termo de referência, ou emitir parecer técnico relativo à aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;</p> <p>XIV – Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas ao processamento de produtos para saúde.</p> <p>XV - Dar suporte ao paciente para assegurar uma cirurgia segura.</p> <p>XVI - certificar que a sala de operação esteja preparada, esterilizada e com todo o instrumental necessário disponível para a realização do procedimento.</p> <p>XVII – Requerer a certidão de responsabilidade técnica do setor ao conselho de classe.</p> |
| 032 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO PLANTONISTA CIRURGIÃO GERAL | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível | Realizar exames médicos, emitir diagnósticos, prescrever medicamentos, realizar outras formas de tratamento, realizar cirurgias, aplicando recursos de medicina terapêutica, de |

| | | | | |
|-----|--------------------|--|--|---|
| | | | superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | acordo, fazer anamnese, exame físico e seguimento dos pacientes, estabelecer conduta com base na suspeita diagnóstica solicitar exames de urgência e emergência período de consulta determinar por escrito prescrição de drogas e cuidados especiais preencher e assinar formulários de internação, alta, cirurgia, óbito, realizar cirurgias, anestésias e tratamento específicos de rotina e emergência e fazer anotações pertinentes no prontuário, participar de reuniões administrativas do corpo clínico, regular o acesso do usuário aos serviços do SUS, de acordo com a especialidade a partir da identificação da necessidade desse usuário, cumprir normas e regulamentos do Hospital e outras definidas pela Secretaria Municipal de Saúde |
| 033 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO PLANTONISTA SOBRE AVISO CIRURGIÃO GERAL | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Realizar exames médicos, emitir diagnósticos, prescrever medicamentos, realizar outras formas de tratamento, realizar cirurgias, aplicando recursos de medicina terapêutica, de acordo, fazer anamnese, exame físico e seguimento dos pacientes, estabelecer conduta com base na suspeita diagnóstica solicitar exames de urgência e emergência período de consulta determinar por escrito prescrição de drogas e cuidados especiais preencher e assinar formulários de internação, alta, cirurgia óbito, realizar cirurgias, anestésias e tratamento específicos de rotina e emergência e fazer anotações pertinentes no prontuário, participar de reuniões administrativas do corpo clínico, regular o acesso do usuário aos serviços do SUS, de acordo com a especialidade a partir da identificação da necessidade desse usuário, cumprir normas e regulamentos do Hospital e outras definidas pela Secretaria Municipal de Saúde |
| 034 | HOSPITAL MUNICIPAL | MÉDICO PLANTONISTA SOBRE AVISO CLINICO GERAL | Diploma, devidamente registrado, de conclusão de Curso de graduação de nível superior em Medicina fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, registro no respectivo Conselho Regional do Estado de Goiás. | Realizar exames médicos, emitir diagnósticos, prescrever medicamentos, realizar outras formas de tratamento, aplicando recursos de medicina terapêutica, de acordo, fazer anamnese, exame físico e seguimento dos pacientes, estabelecer conduta com base na suspeita diagnóstica solicitar exames de urgência e emergência período de consulta determinar por escrito prescrição de drogas e cuidados especiais preencher e assinar formulários de internação, alta, óbito, realizar tratamento específicos de rotina e emergência e fazer anotações pertinentes no prontuário, participar de reuniões administrativas do corpo clínico, regular o acesso do usuário aos serviços do SUS, de acordo com a especialidade a partir da identificação da necessidade desse usuário, cumprir normas e regulamentos do Hospital e outras definidas pela Secretaria Municipal de Saúde. |

- 1.2 -O limite de vagas para credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas, **DEPENDE DA NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE** dentro dos limites da legislação vigente, capaz de suprir a demanda de atendimentos e serviços, observando sempre a sistemática de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde-SUS, sem prejuízo da observância do Complexo Regulador da **CRENCIANTE**.
- 1.3 A inscrição para credenciamento **NÃO GARANTE A CONTRATAÇÃO DO INTERESSADO** pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo o credenciado ser contratado de acordo com a **necessidade** da Secretaria Municipal de Saúde **ao longo dos meses subsequentes do ano de 2024.**
- 1.4 Estes valores tomam-se por base o teto fixado pelo Conselho Municipal de Saúde e, em sua omissão, a tabela praticada pelo S.U.S.
- 1.5 Os valores da tabela supracitada a serem pagos aos credenciados poderá ser alterado por decisão do Conselho Municipal de Saúde de Iaciara, bem como se houver reajuste na tabela do S.U.S.
- 1.6 Todos os procedimentos da tabela supracitada são estimados e serão pagos mediante apresentação de



faturamento em sistema do SUS ou outro sistema similar

- 1.7 A remuneração dos serviços **do item 17** da tabela supracitada deste credenciamento será feita com base nos valores expostos acima (tabela SUS),
- 1.8 Os valores dos serviços da tabela supracitada só serão pagos após confirmação da prestação de serviço, uma vez que o pagamento está condicionado a efetiva prestação de serviço, sendo possibilitado a Secretaria pagar um valor a menor do que fora contratado. .

2. PRAZO DE EXECUÇÃO – A contratação do credenciado, quando ocorrer, terá vigência da data de assinatura do contrato **até 31 (trinta e um) de dezembro do exercício de 2024**, podendo ser prorrogado caso haja interesse entre as partes, na forma do art. 107 da Lei nº 14.133/2021, **podendo ser corrigido pela Tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Iaciara**, e obedecendo as instruções e resoluções do Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios.

2.1 – A contratação do profissional/empresa descrito neste edital poderá ocorrer, excepcionalmente, por um período menor, visando a substituição de outros profissionais, efetivos ou credenciados, por motivo de licença prevista na legislação pertinente.

3. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO – O pagamento dos serviços prestados deverá ocorrer mensalmente, até o dia 10 (decimo) dia do mês subsequente, desde que a fatura, devidamente atestada pela Coordenação de Assuntos da Administração do Setor de Saúde, seja protocolada no protocolo geral da Prefeitura.

4. JUSTIFICATIVA DOS PREÇOS – Os preços praticados neste processo de credenciamento são provenientes da fixação efetuada pelo Conselho Municipal de Saúde e, em sua omissão, pela tabela de procedimentos praticada pelo S.U.S.

Os preços praticados para o profissional DE EDUCAÇÃO FÍSICA neste processo de credenciamento são provenientes Programa Qualifica APS Goiás, programa do Governo do Estado de Goiás.

5. JUSTIFICATIVA DOS SERVIÇOS

5.1 – Torna-se necessário à contratação de PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS DA ÁREA DE SAÚDE especificados neste termo, tendo em vista a continuidade e eficiência no atendimento à saúde da população local, além de dar suporte ao Sistema Único de Saúde.

5.2- CONSIDERANDO que o inciso II, do artigo 7.º, da Lei Federal nº 8.080/90, prega a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”;

EIDIANE DA SILVA SOARES
GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
IACIARA – GO



ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

AO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IACIARA.

O interessado abaixo qualificado requer inscrição no CREDENCIAMENTO de PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS DA
ÁREA DE SAÚDE, REFERENTE AO CARGO/ESPECIALIDADE: (_____
____),

Divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde de Iaciara, nos termos do chamamento público nº 003/2024.

Empresa Requerente: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

End. Profissional: _____

RG: _____ CPF/MF: _____

Número do Registro no Órgão de Classe: _____

Estado Civil: _____

Email: _____

Apresento requerimento junto ao Fundo Municipal de Saúde de Iaciara/GO com base nas informações contidas via edital de chamamento de credenciamento. Solicito o meu credenciamento para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA**

FUNÇÃO DE _____, conforme documentação **DENTRO DO ENVELOPE.**

Declaro ainda que esteja de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do presente edital.

N. termos,
Pede e espera deferimento.

Local, _____ data _____ de 20 ____.

Assinatura



ANEXO III

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA

AO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IACIARA.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO de PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS DA ÁREA DE SAÚDE DA AREA, REFERENTE AO CARGO/ESPECIALIDADE: (_____)

divulgado pelo **Fundo Municipal de Saúde de Iaciara**, nos termos do chamamento público nº **003/2024**.

Requerente: _____

RG: _____ CPF/MF: _____

Endereço: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ End. _____

Profissional: _____

Número do Registro no Órgão de Classe: _____ Estado (_____)

Civil: _____ E-mail: _____

Apresento requerimento junto a Prefeitura Municipal de Iaciara/GO com base nas informações contidas via jornal e edital de chamamento de credenciamento adquirido junto à **Secretaria Municipal de Saúde de Iaciara** desta

Prefeitura o meu credenciamento para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA FUNÇÃO** de: (_____), conforme documentação **DENTRO DO ENVELOPE**.

Declaro ainda que esteja de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do presente edital.

N. termos,
Pede e espera deferimento.

Local, _____ data _____ de 20 ____.

Requerente



ANEXO IV
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024
MODELO SUGERIDO **PESSOA JURIDICA**
DECLARAÇÃO

A (razão social da empresa/nome) _____, inscrita no CNPJ
_____, por intermédio de seu representante legal, Sr.(a) _____,
Portador (a) da Carteira de Identidade n.º _____ e do CPF n.º _____
DECLARA que:

A) Assume inteira a responsabilidade pela inexistência de fatos que possam impedir o seu **CRENCIAMENTO** no presente **CHAMAMENTO**, e ainda pela autenticidade de todos os documentos apresentados.

B) DECLARA sob as penas da lei, que não foi considerada **INIDÔNEA OU SUSPENSA** para licitar ou contratar com a Administração Pública de qualquer esfera do Governo.

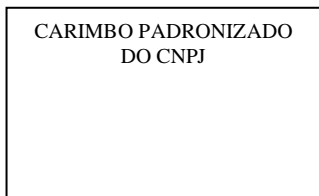
C)DECLARA, para fins do disposto no inc. XXXIII do art. 7º da CF/1988(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz: **SIM** (___) **NÃO** (___)

D) Aceita integral e irrevocavelmente os termos do edital em epígrafe.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Local, _____ data _____ de 20 ____.



Assinatura

OBS: PAPEL TIMBRADO DO CREDENCIADO



ANEXO IV.I
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024
MODELO SUGERIDO **PESSOA FISICA**
DECLARAÇÃO

ÀO FUNDO MUNICIPAL DE _____.
REFERENTE: EDITAL DE CHAMAMENTO Nº. _____

Prezados Senhores,

() sim () não - Declaro não exercer cargo ou função pública.

() sim () não - Declaro exercer cargo e função pública em : _____. Cargo de
_____ horário _____ - _____ dias por semana.

DECLARA, que não pesa contra si, **declaração de idoneidade**, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo.

Declaramos para os fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área pretendida e em nem qualquer outra área, **QUE NÃO FOMOS DECLARADOS INIDÔNEOS** para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas da administração pública.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Local, _____ data _____ de 20 ____.

Assinatura



ANEXO V MINUTA DE CONTRATO – PESSOA FÍSICA

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS DO MUNICÍPIO DE IACIARA, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa localizada Avenida Alfredo Nasser, Qd. 07 Lt. 29, centro TEL.: (62) 3473-1062 – CEP 73.920-000, inscrito no CNPJ sob o nº 11.336.696/0001-48, neste ato representado pela Gestora do Fundo de Saúde, Sra Eidiane da Silva Soares inscrita no CPF/MF sob o nº. 014.409.531-98, nomeada através da Portaria nº 291/2023 de 30 de maio de 2023, residente e domiciliada nesta cidade, doravante denominado simplesmente de **CRENCIANTE** e do outrolado o _____ brasileiro(a), portador da Cédula de Identidade n.º _____, inscrito no CPF/MF sob o n.º _____ e no CR____/GO sob o n.º _____, PIS/PASEP N.º _____, residente e domiciliado à _____, doravante denominado simplesmente **CRENCIADO**, tem justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam mediante as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1 Este instrumento rege-se pela Lei 14.133/2021, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Instrução Normativa nº 00008/2023 e Instrução Normativa nº 00001/2017, ambas do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás - TCM/GO e demais legislações aplicáveis.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1 O presente termo de contrato de credenciamento, tem como objeto: _____,

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1 O presente contrato terá vigência a partir da data de sua assinatura e término em **31 de dezembro de 2024**, podendo ser prorrogado por interesse das partes.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

4.1 O valor global deste contrato é estimado em R\$ _____ (_____), sendo dividido em _____ (_____) parcelas iguais, no valor de R\$ _____ (_____), mensal, para exercer carga horária descrita na Cláusula Segunda.

4.2 O Valor acima disposto inclui todos os tributos incidentes, bem como, transportes e todas as demais despesas porventura realizadas.

4.3 O pagamento será efetuado mediante transferência bancária, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços ou da entrega da nota fiscal, na tesouraria da Prefeitura em cheque nominal ou depósito em conta do **CRENCIADO(A)**, a **CRENCIANTE** terá que fazer os descontos dos tributos necessários, tais como INSS, ISS e IRPF.

CLÁUSULA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE E DAS OBRIGAÇÕES

5.1 O **CRENCIADO** será responsabilizado por todo e qualquer prejuízo que vier causar ao **CRENCIANTE**, em decorrência da não execução dos serviços que porventura possa ocorrer ao longo da vigência deste Contrato.

5.2 Além de outras responsabilidades definidas neste instrumento, o **CRENCIADO(A)** obriga-se a manter durante a validade do contrato, a regularidade das certidões negativas de débitos junto a Fazenda Federal (INSS), TST (Trabalhista), Estadual e Municipal de Iaciara, ou outra equivalente.



5.3 O CREDENCIADO(A) deverá também:

5.4 Responsabilizar-se civilmente por danos pessoais ou materiais porventura causados a terceiros, em decorrência da execução dos serviços objeto do presente Contrato, ficando esta como obrigação exclusiva do CREDENCIADO(A).

5.5 O CREDENCIADO(A) é responsável por qualquer dano ambiental que por ventura venha ocorrer em decorrência da execução dos serviços, respondendo pelos reparos ambientais e penalidades estipuladas em Lei.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES

6.1 Em caso de descumprimento do disposto neste Contrato, poderá ser aplicável ao CREDENCIADO(A) multa no valor equivalente a 2% (dois por cento) sobre o valor da contratação, pela inexecução total ou parcial do contrato, e, garantida a prévia defesa, poderá aplicar ainda as sanções previstas no art. 155 ao 162 da Lei 14.133/2021 e suas posteriores alterações.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1 As despesas decorrentes deste Contrato de Prestação de Serviços, correrão por conta da dotação _____ prevista no Orçamento vigente.

CLÁUSULA OITAVA – DAS FORMAS DE RESCISÃO

8,1 O contrato ficará de pleno direito rescindido, em caso de:

- I - O contrato poderá ser rescindido na ocorrência dos motivos relacionados nos incisos do art. 137 da Lei n. 14.133/2021;
- II – O contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela Administração, nos casos previstos nos incisos do art. 138 da Lei n. 14.133/2021;
- III Em caso de incêndio ou qualquer acidente ocorrido sem culpa de qualquer das partes, que obrigue a reconstrução dos equipamentos a locação ficará rescindida e automaticamente desobrigados os contratantes das cláusulas e condições deste documento.

CLÁUSULA NONA- DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E DOS CASOS OMISSOS/ ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

9.1. A execução deste Contrato e os casos omissos serão regulados pela Lei da Federal n.º 14.133/2021 e suas alterações posteriores, pelas cláusulas contratuais e pelos preceitos de Direito Público, aplicando-lhe, supletivamente, a Lei n.º 8.078/90, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições do Direito Privado, na forma do Art. 89 da Lei Federal n.º 14.133/2021.

9.2. Fica responsável pelo acompanhamento e fiscalização quanto à completa execução do Contrato, conforme exige o art. 117 da Lei nº 14.133/2021, o servidor(a) _____

CLÁUSULA DECIMA– DO FORO

10.1-As partes elegem o Foro da Comarca de Taquaral/GO, em detrimento de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer conflito de interesse gerado por este Instrumento.

10.2-Desta forma, estando ajustadas, após lerem e aceitarem todas as cláusulas e condições aqui estabelecidas, as partes CREDENCIADO e CREDENCIANTE firmam este termo de contrato de credenciamento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que produzam os legais efeitos.



Local, _____ data _____ de 20 ____.

CRENCIANTE
Fundo Municipal de Saúde

CRENCIADO

Testemunhas:

1 – CPF:

2 - CPF:



ANEXO VI MINUTA DE CONTRATO – PESSOA JURÍDICA

“Termo de Contrato de Credenciamento que entre si celebram o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE IACIARA/GO e a empresa _____, de acordo com as Cláusulas e condições seguintes.”

CLÁUSULA PRIMEIRA - DAS PARTES

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS DO MUNICÍPIO DE IACIARA, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa localizada Avenida Alfredo Nasser, Qd. 07 Lt. 29, centro TEL.: (62) 3473-1062 – CEP 73.920-000, inscrito no CNPJ sob o nº 11.336.696/0001-48, neste ato representado pela Gestora do Fundo de Saúde, Sra Eidiane da Silva Soares inscrita no CPF/MF sob o nº. 014.409.531-98, nomeada através da Portaria nº 291/2023 de 30 de maio de 2023, residente e domiciliada nesta cidade, doravante denominado simplesmente de **CRENCIANTE**, e do outro lado a empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, estabelecida na _____, neste ato representada por _____ brasileiro(a), inscrito no CPF sob o nº _____ residente e domiciliado em _____ doravante denominado simplesmente **CRENCIADO**, tem justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam mediante as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1 Este instrumento rege-se pela Lei 14.133/2021, suas alterações, Lei nº 8.080/90, e demais legislações aplicáveis e edital de credenciamento n.º 003/2024, Processo n.º 00744/2024.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1 - O presente termo de contrato de credenciamento, tem como objeto : _____ (especificar o serviço a ser prestado) para atender a demanda do município, conforme procedimentos e valores constantes no edital de Chamamento Público 003/2024.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1 O presente contrato terá vigência a partir da data de sua assinatura e término em 31 (trinta e um) de dezembro de 2024, podendo ser prorrogado por interesse das partes.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

4.1 - O CRENCIANTE pagará à CRENCIADA, de acordo com produção apresentada e aprovada, o valor máximo estimado de R\$ xxxxx (xxxxxxxx) mensais, perfazendo um valor estimado de R\$ xxxxxx (xxxxxxxxxx), para efeito de empenho.

4.2 Tais valores compreenderão todas as despesas do credenciado, inclusive com materiais, equipamentos, insumos, embalagens, logística, mão de obra, encargos sociais e administrativos, transportes, taxas, impostos, seguros, lucros e quaisquer outras despesas eventuais relacionadas à execução do objeto deste..



4.3 O pagamento será efetuado mediante transferência bancária, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços ou da entrega da nota fiscal na tesouraria da Prefeitura em cheque nominal ou depósito em conta do **CRENCIADO**, a **CRENCIANTE** terá que fazer os descontos dos tributos necessários, tais como INSS, ISS e IRPF.

4.4 A **CRENCIADA** será remunerada de acordo com os valores previsto na tabela do Sistema Único de Saúde – SUS e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.;

4.5 O Fundo Municipal de Saúde – FMS pagará, mensalmente, aos prestadores, pelos serviços efetivamente prestados, estes deverão serem aprovados e se houver alguma divergência poderão sofrer glosas no teto máximo da unidade e nos valores unitários de cada procedimento, conforme tabelas do Sistema Único de Saúde.

4.6 – Resguardando o preço das tabelas nacionais de remuneração dos procedimentos do SIA/SUS, a secretaria poderá à sua conveniência e disponibilidade orçamentária e financeira criar incentivos de valorização que alterem os valores dos procedimentos pagos.

4.7 – Os recursos de custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares consignados no Fundo de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde são provenientes de transferências federais mensais, conforme valores fixados pela Comissão Intergestora Tripartite, no valor e rubrica fixado no Diário Oficial da União – DOU.

4.8 - Os valores estipulados nas tabelas do SIA/SUS serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

4.9 – A revisão da tabela do SAI/SUS independem de Termo Aditivo, sendo necessário anotar no processo a origem e autorização da revisão dos valores, com a data da publicação do DOU.

CLÁUSULA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE E DAS OBRIGAÇÕES

5.1 O **CRENCIADO** será responsabilizado por todo e qualquer prejuízo que vier causar ao **CRENCIANTE**, em decorrência da não execução dos serviços que porventura possa ocorrer ao longo da vigência deste Contrato.

5.2 Além de outras responsabilidades definidas neste instrumento, o **CRENCIADO(A)** obriga-se a manter durante a validade do contrato, a regularidade das certidões negativas de débitos junto ao FGTS, TST (Trabalhista), Fazenda Federal (INSS), Estadual e Municipal de Iaciara, ou outra equivalente.

5.3 O **CRENCIADO(A)** deverá também:

Responsabilizar-se civilmente por danos pessoais ou materiais porventura causados a terceiros, em decorrência da execução dos serviços objeto do presente Contrato, ficando esta como obrigação exclusiva do **CRENCIADO(A)**.

5.4 O **CRENCIADO(A)** é responsável por qualquer dano ambiental que por ventura venha ocorrer em decorrência da execução dos serviços, respondendo pelos reparos ambientais e penalidades estipuladas em Lei.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES

6.1 Em caso de descumprimento do disposto neste Contrato, poderá ser aplicável ao **CRENCIADO(A)** multa no valor equivalente a 2% (dois por cento) sobre o valor da contratação, pela inexecução total ou parcial do contrato, e, garantida a prévia defesa, poderá aplicar ainda as sanções previstas no art. 155 ao 162 da Lei 14.133/2021 e suas posteriores alterações.



CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1 As despesas decorrentes deste Contrato de Prestação de Serviços, correrão por conta da dotação _____ prevista no Orçamento vigente.

CLÁUSULA OITAVA – DAS FORMAS DE RESCISÃO

8.1 O contrato ficará de pleno direito rescindido, em caso de:

I - O contrato poderá ser rescindido na ocorrência dos motivos relacionados nos incisos do art. 137 da Lei n. 14.133/2021;

II – O contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela Administração, nos casos previstos nos incisos do art. 138 da Lei n. 14.133/2021;

III Em caso de incêndio ou qualquer acidente ocorrido sem culpa de qualquer das partes, que obrigue a reconstrução dos equipamentos a locação ficará rescindida e automaticamente desobrigados os contratantes das cláusulas e condições deste documento.

CLÁUSULA NONA- DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E DOS CASOS OMISSOS/ ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

9.1. A execução deste Contrato e os casos omissos serão regulados pela Lei da Federal n.º 14.133/2021 e suas alterações posteriores, pelas cláusulas contratuais e pelos preceitos de Direito Público, aplicando-lhe, supletivamente, a Lei n.º 8.078/90, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições do Direito Privado, na forma do Art. 89 da Lei Federal n.º 14.133/2021.

9.2. Fica responsável pelo acompanhamento e fiscalização quanto à completa execução do Contrato, conforme exige o art. 117 da Lei nº 14.133/2021, o servidor(a) _____

CLÁUSULA DECIMA– DO FORO

10.1-As partes elegem o Foro da Comarca de Taquaral/GO, em detrimento de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer conflito de interesse gerado por este Instrumento.

10.2-Desta forma, estando ajustadas, após lerem e aceitarem todas as cláusulas e condições aqui estabelecidas, as partes CREDENCIADO e CREDENCIANTE firmam este termo de contrato de credenciamento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que produzam os legais efeitos.

Local, _____ data _____ de 20 ____.

CREDENCIANTE

Fundo Municipal de Saúde
Credenciado

Testemunhas:

1 – CPF

2 -CPF: