



PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 035/2017
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº
01/2017

O **MUNICÍPIO ANAURILÂNDIA/MS**, por intermédio da Comissão Permanente de Licitação, **TORNA PÚBLICO**, para o conhecimento dos interessados, que está procedendo ao **CHAMAMENTO PÚBLICO** para fins de **CREDENCIAMENTO** para a contratação de clínica(s) médica(s) [pessoas jurídicas] ou pessoas físicas para prestação de serviços de consultas médicas especializadas de Ortopedia, que deverão ser realizadas no consultório médico do(s) **CREDENCIADO(s)**, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

A sessão pública de recebimento, abertura e processamento do presente **CHAMAMENTO PÚBLICO** para fins de **CREDENCIAMENTO** será realizada na **sala de licitação** da Prefeitura Municipal de ANAURILÂNDIA/MS, à **Rua Floriano Peixoto n.º 1.000 – Centro** no dia **23 de Maio de 2017 às 08:30(MS)** horas, na cidade de ANAURILÂNDIA/MS.

1. DO OBJETO:

1.1. Este procedimento tem por objeto o **CREDENCIAMENTO** de clínica(s) médica(s) [pessoas jurídicas] ou pessoas físicas para prestação de serviços de consultas médicas na especialidade de ORTOPEdia que deverão ser realizadas no consultório médico do(s) **CREDENCIADO(s)**.

2. DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO:

2.1. Poderão participar do **CREDENCIAMENTO**, os interessados que satisfaçam as condições exigidas no presente edital e seus anexos.

2.2. Os interessados em prestar os serviços de que trata este Edital, deverão preencher o formulário de inscrição constante no Anexo I e entregá-lo em envelope lacrado, cuja parte externa deverá constar a seguinte inscrição:

ENVELOPE “I” – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
MUNICÍPIO DE ANAURILÂNDIA/MS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 035/2017
CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017
(RAZÃO SOCIAL DO LICITANTE)

2.3. Os interessados também deverão apresentar os seguintes documentos, em original ou por cópia autenticada em tabelionato ou por servidor da Administração, ou, ainda, retirados pela internet, nos casos em que isso for possível, na sala de licitação da Prefeitura Municipal de Anaurilândia/MS, situada à Rua Floriano Peixoto n.º 1.000 – Centro, na cidade de Anaurilândia/MS, em



envelope que deverá estar lacrado, de forma a não permitir sua violação, cuja parte externa deverá constar a seguinte inscrição:

ENVELOPE “II” – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO
MUNICÍPIO DE ANAURILÂNDIA/MS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 035/2017
CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017
(RAZÃO SOCIAL DO LICITANTE)

2.4. DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO:

2.4.1. Deverão constar no envelope I, os seguintes documentos:

2.4.1.1. Pessoa Física:

- a)** Cédula de Identidade;
- b)** Prova de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- c)** Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes **estadual** ou **municipal**, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- d)** Prova de regularidade para com a **Fazenda Federal**, consistente na Certidão Conjunta Negativa, ou Conjunta Positiva com Efeito de Negativa de Débitos relativos a tributos federais e à Dívida Ativa da União e Previdenciária;
- e)** Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual** (Certidão de Tributos Estaduais) emitido pelo órgão competente, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- f)** Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- g)** Prova de **inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho**, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
- h)** Declaração de compromisso de prestação e de disponibilidade de carga horária para a realização da consulta, compatível com a conveniência dos usuários do SUS, conforme modelo anexo.
- i)** Título de especialista em Ortopedia registrado no CRM do profissional;
- j)** *Curriculum vitae* do profissional com comprovação da especialidade em que está se credenciando;



k) Comprovação de registro no CRM atualizado do profissional.

2.4.1.2. Pessoa Jurídica:

a) Prova de inscrição no **CNPJ** - Cadastro Geral de Pessoas Jurídicas;

b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes **estadual ou municipal**, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

c) Prova de regularidade para com a **Fazenda Federal**, consistente na Certidão Conjunta Negativa, ou Conjunta Positiva com Efeito de Negativa de Débitos relativos a tributos federais e à Dívida Ativa da União e Previdenciária;

d) Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual** (Certidão de Tributos Estaduais) emitido pelo órgão competente, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;

e) Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;

f) Prova de regularidade relativa ao **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS**, por meio do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;

g) Prova de **inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho**, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

h) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.

i) Declaração de compromisso de prestação e de disponibilidade de carga horária para a realização da consulta, compatível com a conveniência dos usuários do SUS, conforme modelo anexo.

j) Título de especialista em Ortopedia registrado no CRM do profissional ou da empresa;

k) *Curriculum vitae* do profissional com comprovação da especialidade em que está se credenciando;

k) Comprovação de registro no CRM atualizado do profissional ou da empresa;

3. DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:



3.1. Não poderá exercer atividade, por credenciamento, o profissional médico (pessoa física) que for servidor público em exercício de cargo em comissão ou função gratificada, ou que estiver em exercício de mandato eletivo; ou a empresa que possuir em seu quadro societário profissional médico que for servidor público em exercício de cargo em comissão ou função gratificada, ou que estiver em exercício de mandato eletivo.

3.1.1. O(s) **CREDENCIADO(s)** que venha(m) a se enquadrar nas situações previstas no item anterior, terá(ão) suspensão(s) a(s) respectiva(s) atividade(s), enquanto perdurar o impedimento.

3.2. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos **CREDENCIADOS**, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

4. DO PAGAMENTO:

4.1. O pagamento pelos serviços prestados pelo(s) **CREDENCIADO(s)** será efetuado mensalmente, considerando o número de consultas médicas na especialidade de Ortopedia efetivamente realizadas por encaminhamento do Município através da Secretaria Municipal de Saúde.

4.2. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação de documento fiscal idôneo.

4.3. O valor unitário máximo da consulta médica será o descrito abaixo:

TABELA DE REFERÊNCIA

QUADRO 01				
ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
Item	Especialidade	Procedimento	Unidade	Valor Unitário Máximo (AMB)
01	Ortopedia	Consultas	Un.	R\$ 80,00

4.4. A quantidade estimada/mês de consultas na especialidade de Ortopedia será de 85 (oitenta e cinco).



4.5 As despesas decorrentes deste processo correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

10.301.0011.2080 – 33.90.36.00 ou 33.90.39.00

5. DO PRAZO:

5.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, contado da data de sua homologação, prorrogável por iguais e sucessivos períodos, a critério da Administração, não podendo ultrapassar o lapso de 60 meses, tendo em vista o disposto na Lei nº 8.666/93, em especial no artigo 57, inciso II.

6. DA FORMALIZAÇÃO:

6.1. O credenciamento será formalizado mediante termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

7. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

7.1. O Município de ANAURILÂNDIA, através da Secretaria de Saúde, reserva-se o direito de promover qualquer diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo relativo a este processo de credenciamento.

7.2. O Edital estará à disposição dos interessados, na sala de licitação da Prefeitura Municipal de ANAURILÂNDIA-MS, sito na Rua Floriano Peixoto n.º 1.000 – Centro e no endereço eletrônico: www.anaurilandia.ms.gov.br. Informações poderão ser obtidas pelos telefones (0**67) 3445-1110, no horário das 08h00h às 12h00h e das 14h00h às 17h00h.

7.3. Ocorrendo fato superveniente que impeça a realização de ato do certame na data marcada, a data constante deste edital será transferida, automaticamente, para o primeiro dia útil ou de expediente normal subsequente ao ora fixado.

7.4. O Município reserva-se o direito de revogar ou anular o presente processo, no todo ou em parte, por interesse administrativo, vício, ilegalidade, de ofício ou mediante provocação, bem como adiá-la ou prorrogar o prazo para o recebimento e abertura das propostas, descabendo em tais circunstâncias, quaisquer reclamações ou direito à indenização.

7.5. Quaisquer dúvidas ou controvérsias oriundas da execução deste procedimento serão dirimidas no Foro de Justiça da Comarca de Anaurilândia/MS, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

7.6. São partes integrantes do presente Edital:

Rua Marechal Floriano Peixoto, 1000 - Centro
CEP: 79770-000 - Anaurilândia-MS Fone: (67) 3445-1110



ANAUROLÂNDIA
PREFEITURA

GOVERNO DE TRANSFORMAÇÃO

Anexo I: Formulário de inscrição.

Anexo II: Modelo de declaração.

Anexo III: Perfil e atribuições.

Anexo IV: Minuta de contrato.

Anaurilândia/MS, 08 de Maio de 2017.

Daiani de Souza Nascimento Guedes

OAB MS – 21.187

José Fonseca Neto

Presidente da CPL

Dec. 1.187/2017



PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 035/2017
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº
01/2017

ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Ao Município de Anaurilândia/MS:

O interessado abaixo qualificado, requer sua inscrição para prestação de serviços de consultas médicas especializadas de Ortopedia, objeto do **CHAMAMENTO PÚBLICO** referido, nos termos do edital.

Nome ou Razão Social:

Endereço:

Cidade:

Estado:

C.N.P.J.(M.F.) ou C.P.F. (M.F.):

Inscrição Municipal (pessoa jurídica):

Fone/Fax:

Venho, através do presente, solicitar o credenciamento para prestação de serviços de consultas médicas especializadas de Ortopedia ao Município de Anaurilândia/MS na seguinte forma:

Item	Especificação	Unidade	Quantidade estimada/mês	Valor unitário (R\$)
01	Consulta médica em Ortopedia	Consulta	85	-----

(localidade)_____, de _____de 2017.

(assinatura do representante legal da empresa solicitante)
(nome completo representante legal da empresa solicitante e Carimbo CNPJ)

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 035/2017
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº
01/2017

ANEXO II

DECLARAÇÃO

O signatário da presente DECLARA concordar com os termos do Processo Administrativo nº. 035/2017, edital de **CHAMAMENTO PÚBLICO** para **CREDENCIAMENTO** de nº. 01/2017, dos respectivos documentos, e que acatará integralmente qualquer decisão que venha a ser tomada pelo **MUNICÍPIO**.

DECLARA, sob as penas da lei, para fins desta licitação, que não está na condição de inidôneo para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV, do Art. 87 da Lei 8.666/93, bem como que comunicará qualquer fato ou evento superveniente a entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação.

DECLARA, ainda, ter disponibilidade de horário, compatível com a conveniência dos usuários do SUS, para atendimento das consultas médicas na especialidade de Ortopedia, no consultório localizado no seguinte endereço:

XX

Por fim, DECLARA que a especialidade na qual tem interesse em se credenciar é ORTOPEDIA.

(localidade) _____, de _____ de 2017.

(assinatura do representante legal da empresa solicitante)
(nome completo representante legal da empresa solicitante e Carimbo CNPJ)



PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 035/2017
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº
01/2017

ANEXO III
PERFIL E ATRIBUIÇÕES

I - REQUISITOS GERAIS:

1.1. Comprovar habilitação na especialidade de Ortopedia de acordo com o edital de **CHAMAMENTO PÚBLICO**.

II - CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

2.1. Os atendimentos deverão ser realizados na clínica médica ou consultório do(s) **CREDENCIADO(s)**.

2.2. A quantidade estimada/mês de consultas será de 85 (Oitenta e cinco).

2.3. O(s) **CREDENCIADO(s)** perceberá a remuneração pela efetiva prestação dos serviços (quantidade de consultas realizadas no mês x valor unitário da consulta).

2.4. O controle dos atendimentos será feito pela Secretaria Municipal de Saúde, a qual determinará os serviços de acordo com a necessidade e os recursos disponíveis.

2.5. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelo(s) **CREDENCIADO(s)**, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

2.6. Os exames complementares deverão ser solicitados obedecendo aos parâmetros fixados pela Secretaria Municipal de Saúde e serão avaliados previamente para posterior autorização.



PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 035/2017
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº
01/2017

ANEXO IV
MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO ADMINISTRATIVO DE
CREDENCIAMENTO PARA A
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE
CONSULTAS MÉDICAS NA
ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA.

I - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES:

CREDENCIANTE: MUNICÍPIO DE ANAUROLÂNDIA, pessoa jurídica de Direito Público Interno, com sede a Rua Floriano Peixoto, 1000 - centro, Anaurilândia/MS, inscrita no CNPJ sob o nº 03.575.727/0001-95, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representado pelo Sr. EDSON STEFANO TAKAZONO, brasileiro, maior, casado, residente e domiciliado à Rua Santos Dumont nº 1.198, na cidade de ANAUROLÂNDIA – MS, portador da CI/RG: nº 12.105.700 SSP/MS, inscrito no CPF sob o nº 204.686.041-00.

CREDENCIADO:, pessoa jurídica de direito privado, inscrito(a) no C.N.P.J sob o nº., neste ato representada por, portador(a) da CI/RG: nº SSP/MS, inscrito(a) no C.P.F.(M.F.) sob o nº, médico(a), registrado(a) no CRM/MS sob nº....., residente e domiciliado(a) à Rua....., nº....., na cidade de **OU**, brasileiro(a), estado civil, médico(a), portador(a) da CI/RG: nº SSP/MS, inscrito(a) no C.P.F.(M.F.) sob o nº, médico(a), registrado(a) no CRM/MS sob nº....., residente e domiciliado(a) à Rua....., nº....., na cidade de

II – DO PROCEDIMENTO:

2.1. As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente contrato administrativo de **CREDENCIAMENTO** para prestação de serviços de consultas especializadas em Ortopedia, que deverão ser prestadas nas instalações do estabelecimento do **CREDENCIADO**, tendo em vista a homologação do processo de **CHAMAMENTO PÚBLICO** para **CREDENCIAMENTO Nº 01/2017**, com base no que dispõe a Lei Federal nº. 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, nos termos da legislação vigente aplicável à matéria, assim como, pelas condições do Edital e seus



anexos e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

III – DO OBJETO:

3.1. Constitui objeto deste o **CREDENCIAMENTO** de clínica(s) médica(s) [pessoas jurídicas] ou pessoa(s) física(s) para atendimento de consultas médicas especializadas em Ortopedia a usuários do SUS, encaminhados pela Secretaria Municipal da Saúde de Anaurilândia/MS.

3.2. Os horários de atendimento serão definidos pelo **CREDENCIADO** e comunicado diretamente ao paciente, após o encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde.

3.3. O **CREDENCIADO** receberá por e-mail da Secretaria Municipal de Saúde a listagem dos pacientes e deverá agendá-los no prazo de até sete dias corridos para atendimento da consulta dentro do mês em curso.

3.4. O contratado será responsável pelo diagnóstico e prognóstico indicado às pessoas, respeitando-se suas atribuições profissionais.

IV – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE:

4.1. O **CREDENCIANTE** deverá:

- a) Efetuar o pagamento ao **CREDENCIADO** de acordo com o estabelecido neste contrato;
- b) Fornecer ao **CREDENCIADO** todos os dados e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços ora contratados;
- c) O usuário apresentará a autorização, em formulário próprio padronizado (Referência), com carimbo e assinatura de funcionário do Contratante responsável;
- d) Nenhuma outra remuneração será devida ao **CREDENCIADO**, a qualquer título ou natureza, decorrentes de encargos sociais, trabalhistas e previdenciários relativos ao cumprimento das obrigações estabelecidas no presente instrumento, pois, fica convencionado que não há relação de emprego entre o **CREDENCIANTE** e o **CREDENCIADO**.

V – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO:

5.1. Constituem obrigações do **CREDENCIADO**:

- a) Participar das reuniões convocadas pela direção do **CREDENCIANTE**;
- b) Manter-se habilitado junto aos órgãos de fiscalização da sua categoria;



c) Prestar atendimento, ao paciente que apresente o devido encaminhamento, emitido pelo **CREDENCIANTE**;

d) Realizada a consulta, se houver necessidade de exames complementares, esses deverão ser solicitados em formulário próprio do SUS, de acordo com os parâmetros fixados pela Secretaria Municipal de Saúde.

e) O **CREDENCIADO** deverá devolver ao usuário o formulário de encaminhamento com o item **contra-referência** devidamente preenchido.

f) Entregar mensalmente a relação de atendimentos com os respectivos comprovantes, até o dia 30 de cada mês, correspondentes aos serviços autorizados pelo Contratante e realizados pelo profissional.

5.2. O CREDENCIADO obriga-se a zelar pelo cumprimento das normas Internas do **CREDENCIANTE**, bem como, de higiene e segurança do trabalho, seguindo as normas do Ministério do Trabalho e do Ministério da Saúde.

5.3. O CREDENCIADO responsabilizar-se-á por todos os danos causados ao **CREDENCIANTE** e/ou terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, provocados pela negligência, imprudência ou imperícia quando da execução dos serviços prestados, devendo repará-las e corrigi-las às suas expensas.

5.4. O CREDENCIADO deverá comunicar à **CREDENCIANTE** qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do Contrato.

5.5. Os procedimentos realizados pelo **CREDENCIADO** são de inteira responsabilidade do mesmo, sendo que o **CREDENCIANTE** se reserva o direito de descredenciar qualquer empresa/profissional quando se verificar supostos abusos injustificados relacionados a qualquer procedimento nitidamente desnecessário.

5.6. São de inteira responsabilidade do CREDENCIADO todos os procedimentos adotados na realização dos serviços ora credenciados, eximindo-se assim o **CREDENCIANTE** de todo e qualquer vínculo obrigacional pelos trabalhos que prestar, muito menos de solidariedade.

VI – DO REAJUSTE:

6.1. O valor dos serviços poderá ser reajustado após 12 (doze) meses do início da celebração do contrato, caso ocorra alteração na tabela da AMB (Associação Médica Brasileira) que serviu de referência para o **CHAMAMENTO PÚBLICO** que deu origem a este instrumento.

VII – DO PAGAMENTO:



7.1. O **CREDENCIADO** perceberá pagamento pela efetiva prestação dos serviços (quantidade de consultas realizadas no mês x valor unitário da consulta: valor a ser pago).

7.2. A quantidade estimada/mês de consultas será de 85 (oitenta e cinco).

7.3. O valor paga por cada consulta efetivamente realizada será de R\$ _____ (_____).

7.4. Será autorizado o pagamento ao **CREDENCIADO**, em 05 (cinco) dias após a entrega da nota fiscal de prestação de serviços na Secretaria Municipal de Saúde, podendo, devendo ser realizado via ordem bancária.

7.5. No caso de irregularidade na emissão dos documentos por parte do **CREDENCIADO**, tal como nota fiscal, o prazo de pagamento será contado a partir de sua apresentação, desde que devidamente regularizada.

7.6. As faturas serão conferidas mensalmente pela Secretaria Municipal de Saúde e havendo distorção será corrigida na fatura subsequente.

VIII - DA EXECUÇÃO, ALTERAÇÃO, INEXECUÇÃO, RESCISÃO E DESCREDENCIAMENTO:

8.1. O presente contrato poderá ser rescindido a critério da **CREDENCIANTE**, sem que o **CREDENCIADO** caiba qualquer indenização, ou, reclamação, devendo comunicá-lo no mínimo com 60 (sessenta) dias de antecedência.

8.2. Poderá ser solicitada rescisão de contrato por parte do **CREDENCIADO**, com uma antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, condicionada a análise da **CREDENCIANTE** quanto a possibilidade da rescisão antes do termino de vigência do presente contrato.

8.3. Constitui motivos para a rescisão do contrato, no que couberem, as hipóteses previstas nos artigos 77 a 80 da Lei nº 8.666/93.

8.4. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento.

8.5. O contrato poderá ser rescindido se, por algum motivo, o **CREDENCIADO** deixar de possuir as condições de habilitação exigidas no Edital de **CHAMAMENTO PÚBLICO**.

8.6. Ocorrerá o descredenciamento quando na recusa injustificada do **CREDENCIADO** em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo estabelecido, implicando e seu imediato descredenciamento



IX – DO PRAZO:

9.1. O presente ajuste terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura.

9.1.1. O presente instrumento poderá ser prorrogado mediante termo aditivo, até o limite estabelecido nos termos do art. 57, II, da Lei nº. 8.666/93.

X – DAS CONDIÇÕES GERAIS:

10.1. A presente contratação não gera entre **CREDENCIADO** e **CREDENCIANTE** qualquer vínculo, principalmente, de caráter empregatício, arcando cada qual com o pagamento de todos os tributos e encargos, decorrentes deste instrumento, que sejam de sua responsabilidade, quer sejam trabalhistas, previdenciários, securitários, tributários, fiscais ou parafiscais.

10.2. Sempre que houver afastamento do **CREDENCIADO** por qualquer motivo, este terá que comunicar a Secretaria Municipal de Saúde.

10.3. Fica expressamente proibida a transferência ou subcontratação dos serviços, no todo ou em parte, bem como, realizar a associação com outrem, cessão, fusão, cisão ou incorporação, sem prévia e expressa anuência do **CREDENCIANTE**, em qualquer hipótese, o **CREDENCIADO** continuará responsável perante a **CREDENCIANTE** por todos os atos e obrigação inerentes ao contrato.

10.4. As partes se comprometem a manter a confidencialidade de todos os documentos envolvidos nesta prestação de serviços, de forma a proteger informações privilegiadas dos pacientes da **CREDENCIANTE**, com exceção daqueles que por força de lei são considerados públicos.

10.5. Fazem parte deste instrumento os documentos constantes do processo de **CHAMAMENTO PÚBLICO**, o edital e seus anexos, tendo plena validade entre as partes.

10.6. A tolerância de qualquer das partes, relativa às infrações cometidas contra disposições deste contrato, não exime o infrator de ver exigido, a qualquer tempo, seu cumprimento integral.

XI – DA FISCALIZAÇÃO:

11.1. O **CREDENCIANTE** realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse termo, ficando tal fiscalização a cargo da Secretaria Municipal da Saúde, que designará servidor para tanto, não excluindo ou restringindo a responsabilidade da **CREDENCIADA** na prestação dos serviços, objeto desse termo.



XII – DAS PENALIDADES E SANÇÕES:

12.1. O não cumprimento ou o cumprimento parcial, ou ainda a ocorrência de qualquer irregularidade na prestação de serviço, por parte do **CREDENCIADO**, ensejará aplicação de multa correspondente a 10% (dez por cento) do valor mensal da média das três últimas faturas, para cada notificação formalizada a este, independente da possibilidade de rescisão contratual, com as consequências previstas em lei.

12.2. A aplicação da multa prevista na cláusula anterior poderá ocorrer somente 3 (três) vezes, sendo que a próxima notificação ensejará a obrigatória rescisão contratual e aplicação das demais sanções legais previstas.

12.3. O atraso injustificado no agendamento das consultas, com prazo de sete dias e o não atendimento do usuário dentro do mês de agendamento, acarretará ao **CREDENCIADO** multa de mora de 5% (cinco por cento) sobre o valor médio das últimas faturas.

12.4. A multa de que trata esta cláusula não impedirá a rescisão unilateral do contrato pela **CREDENCIANTE**, na forma dos artigos 77 e seguintes da Lei 8.666/93.

12.5. As multas previstas acima serão recolhidas no prazo de 10 (dez) dias úteis a contar da intimação da decisão administrativa que as tenha aplicado, ou ainda, quando for o caso, cobrado judicialmente.

12.6. Os valores das multas serão fixados em real e corrigidos pelo IPCA na data de sua liquidação.

12.7. As penalidades previstas neste contrato poderão deixar de ser aplicadas, total ou parcialmente, a critério do representante da **CREDENCIANTE**, se entender as justificativas apresentadas pelo **CREDENCIADO** como relevantes.

XIII – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

13.1. As despesas decorrentes do presente Credenciamento correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

10.301.0011.2080 – 33.90.36.00 ou 33.90.39.00

XIV – DO FORO.

14.1. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do Contrato, as partes elegem o foro da comarca de Anaurilândia/MS.



ANAURILÂNDIA
PREFEITURA

GOVERNO DE TRANSFORMAÇÃO

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em quatro vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Anaurilândia/MS, xx de xxxxxxxxxxxx de 2017.

EDSON STEFANO TAKAZONO

Prefeito Municipal

Credenciante

Credenciada

Testemunhas:

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Rua Marechal Floriano Peixoto, 1000 - Centro
CEP: 79770-000 - Anaurilândia-MS Fone: (67) 3445-1110