



CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 004/2021

PROCESSO ADMINISTRATIVO 03774/2021

O **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DA Prefeitura municipal de Barra Mansa**, sito na Rua Luiz Ponce nº 263, Centro, em Barra Mansa, Estado do Rio de Janeiro, torna público para ciência dos interessados, que estão abertas a partir do dia 09/08/2021, às 09:30 as inscrições para o processo de Credenciamento de Profissionais, por intermédio da Comissão Especial de Chamamento Público, designada pela Portaria nº 132, 07 (sete) de abril de 2021, atendendo requisitos do Processo Administrativo nº. 03774/2021 e apensos, em cumprimento o que preceitua a Lei nº 8.666/93, com as modificações introduzidas posteriormente, a Lei nº 8080/90, e demais legislações aplicáveis de conformidade com as condições explicitadas a seguir:

1- DO OBJETO:

1.1- Constitui o objetivo deste **Chamamento Público para credenciamento**, a contratação profissionais através de credenciamento para atender nas especialidades de CLÍNICO GERAL, DERMATOLOGISTA, PEDIATRA, CARDIOLOGISTA, NEFROLOGISTA, GERIATRA, ENDOCRINOLOGISTA, GINECOLOGISTA, ORTOPEDISTA, PSICOLOGO, NUTRICIONISTA E FONOAUDIÓLOGO, para atendimento a GERÊNCIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, conforme descrições e demais elementos constantes dos Anexos I, II, III, IV, V, VI, deste edital.

2- DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:

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

2.1.1. A documentação exigida para o credenciamento, deverá ser entregue na Gerência de Compras e Licitações, no endereço: Rua: Luiz Ponce nº,263 - Centro, Barra Mansa – RJ;

2.1.2. O período de validade do edital será de 24 (vinte e quatro) meses.

3- DA HABILITAÇÃO:

3.1- O interessado em participar do presente Chamamento Público deverá apresentar à Comissão Especial de Licitação, em envelope lacrado, os seguintes documentos:

3.1.1- Requerimento para Credenciamento, conforme modelo constante no Anexo II;

3.1.2- Documentos pessoais (RG e CPF);

3.1.3- Comprovante de inscrição no Conselho ou Órgão equivalente;

3.1.4- Diploma/Certificado de Conclusão do Curso para área requerida;

3.1.5- Currículo Vitae.



3.1.6- Título de Especialização na área de interesse, fornecido pela entidade profissional competente

3.1.7- Comprovante de Inscrição junto ao INSS ou apresentação de cópia do (PIS OU PASEP) ou inscrição do Regime Geral da Previdência Social (Número do NIT);

3.1.8 Certidão de regularidade Municipal, do domicílio ou sede da licitante, com prazo de validade vigente;

3.1.9- **Declaração do interessado** de que não ocupa(m)cargo, função de chefia ou assessoramento no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município Contratante (Modelo anexo III);

3.2- Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Comissão Especial de Licitação ou publicação em órgão de imprensa oficial;

4- DO PROCEDIMENTO E JULGAMENTO E PEDIDO DE CREDENCIAMENTO

4.1- A abertura do envelope e julgamento da documentação do interessado pertinente ao presente Chamamento Público, ficará a cargo da Comissão Especial de Licitação, a qual competirá:

4.1.1- Proceder ao recebimento e a abertura do envelope contendo a documentação do interessado, necessária ao chamamento público;

4.1.2- Proceder ao exame dos documentos apresentados em confronto com as exigências deste edital, recusando a participação do interessado que deixar de atender às normas e condições fixadas;

4.1.3- Proceder a análise de recurso porventura interposto por parte do interessado, revendo a decisão tomada ou, caso não o faça, fazê-lo subir a autoridade superior, devidamente informado;

5- DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:

5.4- Os serviços objeto deste edital serão prestados diretamente pelos profissionais credenciados na Secretaria Municipal de Saúde, na Gerência de Atenção Especializada sito na Rua Luiz Ponce nº 263, Centro, em Barra Mansa, Estado do Rio de Janeiro.

5.10- A **FISCALIZAÇÃO** e **SUPERVISÃO** dos serviços será exercida pelo Setor Técnico da **CONTRATANTE**, que se reserva o direito de recusá-los quando não estiverem sendo prestados dentro das normas contratuais, assim como exigir a sua adequação quando não corresponder aos termos pactuados;

5.11- Abrange competência da Fiscalização da **CONTRATANTE**, aprovar, auditar, revisar e glosar os documentos comprobatórios de execução dos serviços, conforme disposições contidas no item 7.5



deste edital, observando, no que couber, as informações atinentes ao número e qualidade dos atendimentos, bem como os outros elementos inerentes a prestação dos serviços contratados que julgar necessários, para o fiel cumprimento do contrato em prol do interesse público;

6- DA CONTRATAÇÃO, DO PRAZO E DA FUNDAMENTAÇÃO:

6.1- As obrigações decorrentes deste Chamamento Público serão estabelecidas através de Contrato, devendo ser assinado por representante legal do interessado ou por procurador com poderes para tal fim, mediante comprovação através de contrato social ou instrumento equivalente e procuração, respectivamente, juntamente com cópia da cédula de identidade, no prazo de (02) dois dias úteis, após recebimento da notificação, admitindo-se a prorrogação deste prazo por mais (01) uma vez por igual período;

6.2- O Contrato será celebrado com estrita observância aos termos da minuta do Anexo IV deste edital.

6.3- o CREDENCIADO é responsável por todos os ônus e obrigações concernentes às legislações fiscal, social, comercial, civil, tributária, previdenciária, securitária e trabalhista, decorrentes do contrato, respeitadas as demais leis que nelas interfiram especialmente, as relacionadas com a segurança do trabalho. Os ônus e obrigações referidas, em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE**.

6.4- O CREDENCIADO é o único responsável por todos os danos e demais prejuízos que, a qualquer título, causar a **CONTRATANTE** ou a terceiros, por seus representantes ou prepostos na execução dos serviços, ficando desde já, a **CONTRATANTE** isenta de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência, possam surgir. A responsabilidade de que trata este subitem abrange a responsabilidade civil causada por ato ilícito, praticados pelos empregados, profissionais ou prepostos do contratado, sem prejuízo dos danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos termos do artigo 14 da Lei nº8078/90, que também ficarão ao encargo da **CONTRATADA**;

6.7- O prazo de vigência do contrato será de (24) vinte e quatro meses, a contar da data de sua assinatura, podendo haver prorrogações, mediante termo aditivo, por acordo entre as partes, devidamente justificado.

6.7.1- Poderá haver prorrogações desde que:

6.7.1.1- Contratado manifestar através de requerimento de prorrogação;

6.7.1.2- Autorização do Secretário Municipal de Saúde

6.7.1.3- Avaliação do Gestor e Fiscal do contrato;

6.7.1.4- Disponibilidade de dotação orçamentária;

6.7.1.5- Apresentação da Certidão de Regularidade Municipal, conforme item 3.1.8 da habilitação;

6.7.1.6- Assinatura do contratante e contratado da prorrogação conforme minuta em Anexo V;

6.7.1.7- Publicação do extrato da prorrogação contratual no Boletim Oficial do Município.



6.8- O presente Chamamento Público tem fundamento no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/93, por ser inviável a competição por haver tabelamento dos preços dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde.

6.9 – Os Credenciados habilitados pelo Chamamento Público, farão parte de um banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, que irá utilizar de forma gradual e de acordo com as necessidades os serviços contratados;

6.10. O credenciamento do proponente será julgado para cada área ou especialidade disposta neste edital, desde que verificadas as condições nele explicitadas.

6.11. Havendo interesse do Município na contratação de serviços de atendimento para determinada área ou especialidade, serão celebrados os ajustes, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, com todas as proponentes já credenciadas para a área ou especialidade pretendida.

7. DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS

7.1- O CREDENCIADO se obriga a:

7.1.1- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico;

7.1.2- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

7.1.3- Atender o paciente com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

7.1.4- Comunicar as alterações (e/ou cancelamentos) de agendamento de tratamento a **CONTRATANTE**, com no mínimo 05 (cinco) dias úteis de antecedência;

7.1.5- O credenciado deverá realizar as consultas para as quais se contratou sem cobrança de qualquer valor ao usuário;

7.1.6. Deverá de imediato, quando solicitada, apresentar documentos, prontuários ou de mais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato;

7.1.7- Comunicar a SMS a ocorrência de qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;

7.1.8. Não alterar as instalações e local de atendimento sem comunicação prévia e por escrito a SMS, a qual se manifestará num prazo de até 10 dias úteis;

7.1.9-. Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas necessárias ao cumprimento deste credenciamento;

8-DAS OBRIGAÇÕES DA SMS



8.1. Pagar os Credenciados os valores por consulta especificados no Anexo I deste Edital, no mês subsequente ao vencido, mediante apresentação de boletins de produção diária em cumprimento das especificações definidas neste edital.

8.1.1. Haverá uma programação com credenciados para disponibilidade de horário e local.

8.2. O agendamento das consultas será responsabilidade da Central de Marcação de Consultas DO SISREG;

8.3. A conferência dos boletins de produção diárias dos credenciados, ficará sob a responsabilidade do setor Estatística e Auditoria da SMS

8.4. A SMS deverá realizar a avaliação e regulação dos serviços prestados pelos credenciados;

9- DO PAGAMENTO:

9.2- A **CONTRATANTE** efetuará o **PAGAMENTO** no mês subsequente ao vencido;

9.3- Os preços referentes aos serviços serão aqueles constantes nos Anexos I deste edital, tabelados pela Tabela SUS e RESOLUÇÃO 513-A, de 15 de junho de 2020, e serão **fixos e irrealizáveis** durante o prazo de vigência contratual, ressalvado a superveniência de nova tabela devidamente autorizada pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, por onde os preços poderão ser reajustados de acordo com os novos valores fixados e de acordo com a disponibilidade financeira da SMS;

9.4- Dentro do prazo de vigência do contrato, se for constatada que a prestação dos serviços não atende as condições contratuais, a **CONTRATANTE** se reserva o direito de suspender o pagamento até que sejam sanadas as irregularidades, sem que isso lhe acarrete encargos financeiros adicionais.

9.5- Sem prejuízo do disposto acima, o valor das parcelas mensais devidas, de acordo com o contrato, somente será pago após comprovação pela **FISCALIZAÇÃO** da **CONTRATANTE**, efetuada pelo Setor Técnico, da perfeita prestação dos serviços e mediante apresentação de documentos comprobatórios da execução dos mesmos.

10- DO RECURSO:

10.1- Contra todos os atos praticados pela Comissão Especial de Licitação, os interessados poderão exercer o direito de interpor recurso, previsto no artigo 109 da Lei nº. 8.666/93.

10.2- O recurso deverá ser digitado e devidamente fundamentado, assinado pelo representante legal do interessado;

10.3- O recurso deverá ser protocolado dentro do prazo legal, junto à Comissão Especial de Licitação, das 08:00 às 17:00 horas. O recurso interposto fora do prazo não será conhecido.

10.4-. Após a análise da documentação e estando em conformidade com os requisitos estipulados neste Edital, será fornecido o Certificado de Credenciamento. Em caso de indeferimento do pedido,



o interessado poderá interpor recurso à Comissão de Licitação, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados do dia subsequente à intimação dos atos.

11- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

11.1- A autoridade competente poderá, até a assinatura do contrato, inabilitar interessados, por despacho fundamentado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções cabíveis, se a Administração tiver notícia de qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento, que desabone sua idoneidade ou capacidade financeira, técnica ou administrativa;

11.2- Fica reservado a autoridade superior a faculdade de anular, revogar, suspender ou adiar o presente Chamamento Público, de acordo com seus interesses, sem direito ao interessado a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação, observando os preceitos legais sobre a matéria;

11.3- A participação de qualquer interessado neste Chamamento Público será considerada como prova evidente de sua aceitação e inteira submissão às normas deste edital, e demais normas aplicáveis;

11.4- É facultada à Comissão Especial de Licitação ou à autoridade superior, em qualquer fase deste chamamento público, a diligência destinada a esclarecer ou a completar a instrução do processo;

11.5- A despesa decorrente deste edital correrá à conta da dotação orçamentária abaixo especificada:

00371-00.001.10.302.0050.2163.3390360000.0102000000

11.6- Qualquer informação quanto aos termos deste edital serão prestadas pela Comissão Especial de Licitação, no endereço constante no preâmbulo deste edital ou pelo e-mail: coordenadoria.compras@gmail.com, edital@barramansa.rj.gov.br ou pelo tel: 2106-3535 Gerência de Compras e Licitações;

11.7- O presente é considerado completo se composto dos anexos abaixo elencados, que fazem partes integrantes e complementares deste edital:

11.7.1- **ANEXO I**- Tabela com descrição e Valores;

11.7.2- **ANEXO II** – MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO (SUBITEM 3.1.1 DO EDITAL);

11.7.3- **ANEXO III** - MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO OCUPAR CARGO (SUBITEM 3.1.11 DO EDITAL);

11.7.4- **ANEXO IV**–MINUTA DO CONTRATO

11.7.5- ANEXO V- MINUTA DA PRORROGAÇÃO DO CONTRATO

Barra Mansa RJ, 16 de julho de 2021.

SERGIO GOMES DA SILVA
Secretário Municipal de Saúde



ANEXO I

Endereço das unidades que receberão atendimento desses especialistas.

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131



CARDIOLOGISTA

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



CLÍNICO GERAL

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



DERMATOLOGISTA

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



ENDOCRINOLOGISTA

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



FONOAUDIÓLOGO

PLANO DE TRABALHO

Profissional Fonoaudiólogo para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 64 (sessenta e quatro) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
030101004-8	R\$ 6,30	256	R\$ 1.612,80	R\$ 19.353,60



GERIATRA

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



GINECOLOGISTA

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



NEFROLOGISTA

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



NUTRICIONISTA

PLANO DE TRABALHO

Profissional Nutricionista para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

1-Número estimado de 80 (oitenta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.

2-Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo.

3-Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.

4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
030101004-8	R\$ 6,30	320	R\$ 2.016,00	R\$ 24.192,00



ORTOPEDISTA

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



PEDIATRA

PLANO DE TRABALHO/CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Profissional Médico para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

- 1- Número estimado de 30 (trinta) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.
- 2- Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo, com a resolução 513-A de 15 de Junho de 2018.
- 3- Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.
- 4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS-10,00 + R\$ 20,00	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
03.01.01.007-2	R\$ 30,00	120	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00



PSICÓLOGO

PLANO DE TRABALHO

Profissional Psicólogo para atender a demanda da Gerência de Atenção Especializada

1-Número estimado de 64 (sessenta e quatro) pacientes semanais. As produções que ultrapassarem serão avaliadas pela Gerência.

2-Código de identificação segundo a tabela SUS do procedimento autorizado conforme tabela descrita abaixo.

3-Os quantitativos de procedimentos citados são meramente exemplificativos e poderão variar conforme o número de credenciados.

4- Os critérios para divisão / compartilhamento do uso do espaço para atendimento serão acordados com a Gerência de Atenção Especializada, com endereço na Rua Luiz Ponce, 263, 4º andar. Haverá uma programação com credenciado para disponibilidade de horário e local. Os atendimentos aos pacientes serão nos endereços das unidades que receberão atendimento desses especialistas:

Unidade	Endereço	Telefone
Centro do Idoso	Rua Abdo Felipe, nº 22-Ano Bom	3328-6516
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Rua Tenente José Eduardo, nº 285 - Ano Bom	3324-2729
Policlínica Boa Sorte	Rua Getúlio Borges Rodrigues, nº 210 - Boa Sorte	3326-2682
Policlínica Vila Nova	Rua Major José Bento, nº 1888-Vila Nova	3323-5439
Policlínica Nove de Abril	Rua Álvaro Rego Miller Ferreira, nº 57-Nove de Abril	3339-0131

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Código do Procedimento	Valor do procedimento 100% tabela SUS	Nº estimado de procedimentos (mensal)	Valor mensal (estimado)	Valor anual (estimado)
030101004-8	R\$ 6,30	256	R\$ 1.612,80	R\$ 19.353,60



ANEXO II

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

PROPONENTE: _____
CPF: _____ RG N°: _____
CONSELHO DE CLASSE _____ FUNÇÃO: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: _____
e-mail: _____

Ref. EDITAL DE CREDENCIAMENTO n°. 004/2021

Apresento requerimento junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Barra Mansa (RJ), com base nas informações contidas no edital de chamamento de credenciamento n° 004/2021, para o meu credenciamento para prestação de serviços na função de _____, conforme documentação anexa.

Ao mesmo tempo venho declarar que estou de pleno acordo em credenciar para a prestação de serviço profissional pelos preços apresentados na tabela SIASUS

Declaro, também, que a validade deste requerimento/proposta tem o prazo mínimo de 01 (um) ano.

Declaro, ainda, que estou de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do edital de Credenciamento n° 004/2021.

N. termos,

Pede e espera deferimento.

_____, (___), ____, de _____ de 2021. _____

(Assinatura, nome completo e cargo do signatário)



ANEXO III

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos, em atendimento ao disposto no subitem 3.1.11 do Edital de Chamamento Público para credenciamento nº 004/2021 que Dr/Drª _____, com CPF sob o nº _____, não ocupam cargo, função de chefia ou assessoramento no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município Contratante.

(LOCAL E DATA)

NOME E ASSINATURA



ANEXO IV

MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO, que fazem o
MUNICÍPIO DE _____, através do **FUNDO**
MUNICIPAL DE SAÚDE/SMS, e _____

O Município de _____, doravante
Denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo
_____,
portador da carteira de identidade nº _____, e inscrito no CPF/MF nº _____,
residente nesta cidade, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representado pelo
Secretário Municipal de Saúde, _____,
_____, portador da Cédula de Identidade nº _____, e inscrita no CPF/MF nº _____,
residente nesta cidade, de um lado, e, do outro, a
_____, doravante denominada **CRENCIADO**, representada neste ato por
_____,
_____, portador da carteira de identidade nº _____,
e do CPF nº _____, residente e domiciliado _____,
_____, e perante as testemunhas abaixo firmadas,
pactum
o presente Contrato, cuja celebração foi autorizada pelo Processos Administrativo nº
03774/2021 tendo em vista o que dispõem a Constituição Federal de 1988, a Lei 8080/1990, as
normas legais gerais da Lei 8.666/1993, e sua legislação suplementar, atendidas às cláusulas e
condições estipuladas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

- 1.1 Constitui o objeto do presente contrato, a execução, pelo **CRENCIADO**, de Serviços para atender a contratação de profissionais através de credenciamento para na especialidade _____ para atender as demandas da Gerencia de Atenção Especializada aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, obedecendo às descrições e demais elementos constantes a seguir:

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR:



2.1 – O valor global do presente contrato é estimado em R\$ _____ (_____), conforme previsto no anexo I do presente Chamamento Público com preço unitário do procedimento e quantidades estimadas.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

3.1- A **CONTRATANTE** efetuará o **PAGAMENTO** no mês subsequente ao vencido ;

3.2- Os preços referentes aos serviços serão aqueles constantes nos Anexos I deste edital, tabelados pela Tabela SUS e , e serão **fixos e irrevogáveis** durante o prazo de vigência contratual, ressalvado a superveniência de nova tabela devidamente autorizada pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, por onde os preços poderão ser reajustados de acordo com os novos valores fixados e de acordo com a disponibilidade financeira da SMS;

3.3- Dentro do prazo de vigência do contrato, se for constatada que a prestação dos serviços não atende as condições contratuais, a **CONTRATANTE** se reserva o direito de suspender o pagamento até que sejam sanadas as irregularidades, sem que isso lhe acarrete encargos financeiros adicionais.

3.4- Sem prejuízo do disposto acima, o valor das parcelas mensais devidas, de acordo com o contrato, somente será pago após comprovação pela **FISCALIZAÇÃO** da **CONTRATANTE**, efetuada pelo Setor Técnico, da perfeita prestação dos serviços e mediante apresentação de documentos comprobatórios da execução dos mesmos.

3.5 - Os preços referentes aos serviços serão aqueles constantes no objeto deste instrumento, tabelados Pelas Tabela SUS, e serão **fixos e irrevogáveis** durante o prazo de vigência contratual, ressalvado a superveniência de nova tabela devidamente autorizada pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, por onde os preços poderão ser reajustados de acordo com os novos valores fixados;

3.6 - Dentro do prazo de vigência do contrato, se for constatada que a prestação dos serviços não atende as condições contratuais, o **CONTRATANTE** se reserva o direito de suspender o pagamento até que sejam sanadas as irregularidades, sem que isso lhe acarrete encargos financeiros adicionais.

3.7 - Sem prejuízo do disposto acima, o valor das parcelas mensais devidas, de acordo com o contrato, somente será pago após comprovação pela **FISCALIZAÇÃO** do **CONTRATANTE**, efetuada pelo Setor Técnico, da perfeita prestação dos serviços e mediante apresentação de documentos comprobatórios da execução dos mesmos.

CLÁUSULA QUARTA - DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:

4.1- Os serviços objeto deste edital serão prestados diretamente pelos profissionais credenciados na Secretaria Municipal de Saúde, na Gerência de Atenção Especializada, endereço: Rua: Rua Luiz Ponce nº 263, Centro, em Barra Mansa, Estado do Rio de Janeiro.

4.2- A **FISCALIZAÇÃO** e **SUPERVISÃO** dos serviços será exercida pelo Setor Técnico da **CONTRATANTE**, que se reserva o direito de recusá-los quando não estiverem sendo prestados



dentro das normas contratuais, assim como exigir a sua adequação quando não corresponderem aos termos pactuados;

4.3- Abrange competência da Fiscalização da **CONTRATANTE**, aprovar, auditar, revisar e glosar os documentos comprobatórios de execução dos serviços, conforme disposições contidas no item 7.5 deste edital, observando, no que couber, as informações atinentes ao número e qualidade dos atendimentos, bem como os outros elementos inerentes a prestação dos serviços contratados que julgar necessários, para o fiel cumprimento do contrato em prol do interesse público;

4.4 - Correrá por conta exclusiva do CREDENCIADO, sem qualquer ônus para a **CONTRATANTE**, a execução dos serviços, e será prestado de acordo com os critérios de oportunidade e conveniência estabelecidos pela pelo Setor Técnico da **CONTRATANTE**, que emitirá prévia autorização, por escrito, para aludida execução;

4.5 - Os serviços objeto deste instrumento estão referidos a uma base territorial populacional, serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde, mediante compatibilização das necessidades da demanda e programação orçamentária;

4.6 - Caso o CREDENCIADO não inicie os serviços nos prazos determinados pela **CONTRATANTE**, por motivos injustificados, avaliados pelo Setor Técnico da **CONTRATANTE**, o contrato poderá ser rescindido extrajudicialmente, mediante simples notificação, sujeitando-se, ainda, a **CONTRATADA** às demais sanções na legislação pertinente;

4.7 - A **FISCALIZAÇÃO** e **SUPERVISÃO** dos serviços será exercida pelo Setor Técnico da **CONTRATANTE**, que se reserva o direito de recusá-los quando não estiverem sendo prestados dentro das normas contratuais, assim como exigir a sua adequação quando não corresponderem aos termos pactuados;

4.8 - Abrange competência da Fiscalização da **CONTRATANTE**, aprovar, auditar, revisar e glosar os documentos comprobatórios de execução dos serviços, observando, no que couber, as informações atinentes ao número e qualidade dos atendimentos, bem como os outros elementos inerentes a prestação dos serviços contratados que julgar necessários, para o fiel cumprimento do contrato em prol do interesse público;

5- CLÁUSULA QUINTA – OUTRAS RESPONSABILIDADES DOS CREDENCIADOS

5.1- O CREDENCIADO se obriga a:

5.1.1- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico;

5.1.2- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

5.1.3- Atender o paciente com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;



5.1.4- Comunicar as alterações (e/ou cancelamentos) de agendamento de tratamento a **CONTRATANTE**, com no mínimo 05 (cinco) dias úteis de antecedência;

5.1.5- O credenciado deverá realizar as consultas para as quais se contratou sem cobrança de qualquer valor ao usuário;

5.1.6. Deverá de imediato, quando solicitada, apresentar documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato;

5.1.7- Comunicar a SMS a ocorrência de qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;

5.1.8. Não alterar as instalações e local de atendimento sem comunicação prévia e por escrito a SMS, a qual se manifestará num prazo de até 10 dias úteis;

5.1.9-. Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciária e trabalhistas e todas as despesas necessárias ao cumprimento deste credenciamento;

5.1.10—O CREDENCIADO é responsável por todos os ônus e obrigações concernentes às legislações fiscal, social, comercial, civil, tributária, previdenciária, securitária e trabalhista, decorrentes do contrato, respeitadas as demais leis que nelas interfiram especialmente, as relacionadas com a segurança do trabalho. Os ônus e obrigações referidas, em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE**.

5.1.11—O CREDENCIADO é a única responsável por todos os danos e demais prejuízos que, a qualquer título, causar ao Município ou a terceiros, por seus representantes ou prepostos na execução dos serviços, ficando desde já, a **CONTRATANTE** isenta de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência, possam surgir. A responsabilidade de que trata este subitem abrange a responsabilidade civil causada por ato ilícito, praticados pelos empregados, profissionais ou prepostos do contratado, sem prejuízo dos danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos termos do artigo 14 da Lei nº 8078/90, que também ficarão ao encargo do CREDENCIADO;

5.1.12- - O CREDENCIADO fica expressamente proibida de sub-contratar parcial ou totalmente os serviços, sob pena de rescisão do contrato, sem que tenha direito a indenização de qualquer espécie, independentemente da ação, notificação de interpelação judicial ou extrajudicial; **EXCETO** nos casos em que fique impossibilitada, por motivos técnicos, de realizar os serviços. Nestes casos, a **CONTRATANTE** deverá ser imediatamente avisada e definirá, se há necessidade ou não, da realização dos serviços por outro profissional e se realizados, serão por conta da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

6.1- O prazo de vigência do contrato será de (24) vinte e quatro meses, a contar da data de sua assinatura, podendo haver prorrogações, mediante termo aditivo, por acordo entre as partes, devidamente



justificado;

6.2- Fundamenta-se a presente contratação no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/93, por ser inviável a competição por haver tabelamento dos preços dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS ACRÉSCIMOS:

7.1- Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional do CREDENCIADO e as necessidades da **CONTRATANTE**, os credenciados poderão fazer acréscimo de até vinte e cinco por cento (25%) nos valores limites do contrato durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa, e novos tetos pactuados.

CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES:

8.1- O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pela **CONTRATADA** será caracterizado como inadimplência, ficando sujeito a multa diária correspondente a 0,1% (um décimo por cento) do valor do contrato, por dia de atraso que se verificar na prestação dos serviços, ou por constatação, pela fiscalização, da ausência de qualidade do serviço prestado, facultada a defesa prévia da **CONTRATADA** no prazo de (05) cinco dias úteis da ciência da decisão, juntada no respectivo processo;

8.2- A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar ainda aplicação das seguintes penalidades:

8.2.1- Advertência;

8.2.2- Multa de 30% (trinta por cento) calculada sobre o valor do contrato pela inexecução total;

8.2.3- Multa de 10% (dez por cento) calculada sobre o valor do contrato pela inexecução parcial;

8.2.4- Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com Administração por prazo não superior a (02) dois anos;

8.2.5- Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a **CONTRATADA** ressarcir a Administração por prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção, com base no subitem 9.1 deste edital.

8.3- Os prazos para defesa prévia serão de (05) cinco dias úteis, na hipótese de advertência, multa, ou impedimento de contratar com a administração; e de (10) dez dias úteis, na hipótese de declaração de inidoneidade;

8.4- As penalidades previstas são autônomas e suas aplicações cumulativas, e serão regidas pelo artigo 87, parágrafos 2º e 3º da Lei nº 8.666/93;

8.5- Os valores das multas aplicadas serão recolhidos aos cofres da **CONTRATANTE**, dentro de (03) três dias úteis da data de sua cominação, mediante guia de recolhimento, sendo os valores considerados como receita da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA NONA - RESCISÃO CONTRATUAL:



9.1- A **CONTRATANTE** poderá rescindir administrativamente o presente Contrato nas hipóteses previstas no Artigo 78, Incisos I a XI, da Lei Federal Nº 8.666/93, sem que caiba ao CREDENCIADO direito a qualquer indenização, sem prejuízo das penalidades pertinentes. Quando a rescisão ocorrer, sem que haja culpa da **CONTRATADA**, conforme previsto no Artigo 78, Incisos XII a XVII, da Lei Federal nº 8.666/93, será esta ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, conforme previsto no Parágrafo 2º do Artigo 79 da Lei Nº 8.666/93;

9.2- As hipóteses de rescisão contratual deverão ser formalmente motivadas nos autos do processo, assegurado ao CREDENCIADO direito à prévia e ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS:

10.1- A despesa com a execução do presente Contrato correrá à conta dos elementos

372 – 03.001.10.302.0050.2163.3390360000.0114017000

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - FORO:

11.1- Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de _____ - RJ, excluído qualquer outro.

11.2- E por se acharem, as partes, justas e contratadas, assinam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo estiveram presentes.

_____, __ de _____ de ____.

NONONO NONONONONONO
p/Contratante

NONONO NONONO NONONONO
p/Contratada
TESTEMUNHAS



ANEXO V

MINUTA DE PRORROGAÇÃO DO CONTRATO

TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO AO CONTRATO Nº 0__/2021 CREDENCIAMENTO FIRMADO EM __ DE _____, QUE ENTRE SI FAZEM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA MANSA E A PROFISSIONAL _____ CONSTANTE DE FLS. xx A xx DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº xxxxx/202x.

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA MANSA e a PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, ambos já devidamente qualificados no contrato original de credenciamento nº 0__/202x, firmado entre os mesmos, através de seus representantes legais *in fine* assinado, e, com fulcro no Artigo 57, inciso II da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, através do presente, tem justo e combinado o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

Dá-se o presente Termo Aditivo prorrogando-se o prazo deste contrato por xx (____) meses, de acordo com a solicitação da Gerência _____ devidamente autorizado pelo Sr. Secretário Municipal de Saúde, visando a necessidade de continuidade na prestação de serviços especializado em _____.

CLÁUSULA SEGUNDA:

O CONTRATANTE empenhou, em favor da CONTRATADA, à conta da dotação orçamentária nº xxx, nota de empenho nº xxx de xx/xx/2021, tendo saldo remanescente para pagamento dos serviços decorrentes deste Aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA:

O valor global estimado a ser pago é de R\$ _____ (_____ reais).



CLÁUSULA QUARTA:

Continuam inalteradas as demais cláusulas, condições e disposições preliminares do contrato primitivo, não conflitantes com o presente instrumento.

E, por estarem as partes justas e contratadas, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que produza os devidos e legais efeitos.

Barra Mansa, xx de _____ de 202x.

Sérgio Gomes da Silva

P/ CONTRATANTE

P/ CONTRATADA

TESTEMUNHAS: _____