

CERTIDÃO

Certifico que uma via deste Ata
afixada no Placard da
Prefeitura Municipal.

Em: 05/02/2013


Funcionário

TERMO DE CREDENCIAMENTO NA ÁREA DE SAÚDE Nº 045/2013.

CREDENCIANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ORIZONA, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ (MF) sob o nº. 04013318/0001-68, neste ato legalmente representado pelo seu Gestor **Sr. RENATO VIEIRA DA CUNHA**, brasileiro, solteiro, portador do CPF 529.917.331-87 e CI-RG nº 2.050.614 - SSP/GO, residente e domiciliado na Rua Tenente João Pereira de Mesquita, nº 06, Qd. Q, Lt 03, Bairro Boa Vista, nesta cidade, neste ato designado CREDENCIANTE.

CREDENCIADO: ROGERIO GAYER MACHADO DE ARAUJO, brasileiro, solteiro, neurologista, portador do CPF nº 789.910.571-91, CI-RG nº 2.113.934/2^a VIA - DGPC/GO, CRM-GO nº 8.550, residente e domiciliado na Rua 1.131, nº 398, Qd 235, Lt 27, s/nº, Setor Marista, CEP: 74.180-100, em Goiânia, Estado de Goiás, tem justos e acertados o que adiante se segue, cláusulas essas que regularão a prestação dos serviços pretendidos.

DO FUNDAMENTO: O presente credenciamento fundamenta-se na legislação em vigor, em especial o Edital de Chamamento nº 001/2012 de 06/12/2012, na Resolução Normativa nº 017/1998, e na Lei Federal nº 8.666, de 21.06.1993, com suas alterações posteriores.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O objeto deste é o Credenciamento para prestação de serviços como Neurologista, pelo Fundo Municipal de Saúde de Orizona, com disponibilidade de tempo de 10 horas/mês, para prestação de Serviços Técnico Profissional Especializado na Área de Saúde (Neurologia), dentro do Programa de Saúde do município de Orizona.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA JUSTIFICATIVA

A presente contratação decorre da necessidade dos serviços de Neurologia, na área de sua especialidade, na prevenção e promoção da saúde da comunidade, exercendo suas atividades de acordo com os critérios e diretrizes sob a orientação e supervisão da autoridade competente da Secretaria Municipal de Saúde, junto a Policlínica Municipal de Orizona.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

O presente credenciamento vigorará a partir da data de sua assinatura até 31 de dezembro de 2013, podendo ser prorrogado com base no Art. 57, II, da Lei Federal nº 8.666, de 21.06.1993 e alterações posteriores.

Av. Egerineu Teixeira, 11 - Centro – Orizona – Go. CEP 75.280-000
Fone (64) 3474 1447 - Fax (64) 3474 1427
E-mail saudedorizona@cultura.com.br e saudedorizona@hotmail.com


Rogerio Gayer Machado de Araujo


Renato Vieira da Cunha

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

O CREDENCIANTE pagará ao CREDENCIADO a importância de R\$ 2.100,00 (dois mil e cem reais), empenhando-se o valor do presente ajuste em R\$ 25.200,00 (vinte e cinco mil e duzentos reais), deduzido os impostos legais, conforme aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

SUB-CLÁUSULA PRIMEIRA - Do valor global serão deduzidos os impostos competentes, especialmente o INSS e o ISSQN.

SUB-CLÁUSULA SEGUNDA - O pagamento será efetuado até o (5º) quinto dia útil do mês subsequente ao vencido, observadas as condições seguintes.

SUB-CLÁUSULA TERCEIRA - Para o fim de comprovação da fatura dos serviços, o CREDENCIADO se obriga a anexar relatório circunstanciado onde sejam discriminados os procedimentos realizados, quantidade, valor unitário, valor total, conforme tabelas utilizadas.

CLÁUSULA SEXTA - DO MAPA DE REGISTRO

O CREDENCIADO obriga-se, sem prejuízo da elaboração e apresentação do Relatório de que trata a Cláusula Quarta, apresentar Mapa Diário de Produção, do qual deverá constar o nome, endereço completo e idade do paciente, bem como carimbo e assinatura do profissional. Esse procedimento é obrigatório para os atendimentos ambulatoriais e será apresentado à Auditoria sempre que solicitado.

CLÁUSULA SETIMA - DOS COMPROMISSOS E DA RESPONSABILIDADE

O CREDENCIADO se obriga a atender os pacientes com presteza, atenção, profissionalismo, urbanidade e educação, empregando as melhores e mais atuais técnicas, atuando com ética perante os demais colegas e auxiliares de saúde, e ainda, respeitando a carga horária de vinte horas semanais, bem como as normas pertinentes à Portaria 1886/MS de 18/12/1997, ficando ainda obrigada a comprovar sua regularização perante o Conselho respectivo da classe.

CLÁUSULA OITAVA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos com base na Lei Federal nº 8.666, de 21.06.93 e alterações posteriores, cujas normas ficam incorporadas ao presente instrumento, ainda que dela não se faça menção expressa.

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

Fica pactuado entre as partes que o presente **CREDENCIAMENTO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **CREDENCIADO** de conformidade com os Artigos 77 e 78, seção V, da Lei Federal nº 8.666/93, uma vez observado o interesse público, neste caso, não gerando qualquer ônus ao erário.

CLÁUSULA DECIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para atender às despesas decorrentes deste Credenciamento, serão utilizados os recursos da seguinte Dotação Orçamentária:

10.301.1004.2-075 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde.

3.1.90.34.00.00 – Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS EFEITOS DO CREDENCIAMENTO

Este CREDENCIAMENTO não gera existência de vínculo empregatício, por se tratar de CREDENCIAMENTO temporário decorrente de licitação pública, para prestação de serviços insuscetíveis de seleção prévias.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

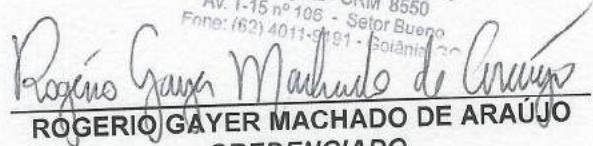
Fica eleito o Foro da Comarca de Orizona, Estado de Goiás, para nele dirimir quaisquer dúvidas e/ou questões oriundas do presente CREDENCIAMENTO, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e CONTRATADOS, assinam o presente em três (03) vias de igual teor e forma, na presença de duas (02) testemunhas que a tudo assistiram e reportam.

GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, aos 02 dias do mês de janeiro de 2013.



RENATO VIEIRA DA CUNHA
 Secretário Municipal de Saúde
 Gestor do FMS



Dr. Rogério Gayer M. de Araújo
 Neurologista - CRM 8550
 Av. T-15 nº 106 - Setor Bueno
 Fone: (62) 4011-9191 - Soltânia

ROGERIO GAYER MACHADO DE ARAÚJO
CREDENCIADO

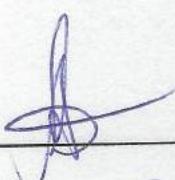
Visto:



FELIPE ANTÔNIO DIAS
 Prefeito Municipal

Testemunhas:

1º Nome: ANSELMO PEREIRA DE LIMA
 CPF: 003.241.291-65

ass: 

2º Nome: DANILO TEIXEIRA DE SOUSA
 CPF: 015.610.431-84

ass: 