

CERTIDÃO

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

Em 05/02/2014



Funcionário

**TERMO DE CREDENCIAMENTO
NA ÁREA DE SAÚDE
Nº 035/2014.**

CRENCIANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE 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 CRENCIANTE.

CONTRATADO: TÂNIA NUNES DE CASTRO, brasileira, solteira, Cirurgiã Dentista, portadora do CPF nº 833.543.951-68, CI-RG nº 3.483.409 SSP/GO, CRO-GO nº 5.935, residente e domiciliado na Rua Cel José da Costa, 24, Centro, em Orizona, Estado de Goiás, tem justos e acertados o que adiante se segue, cláusulas essas que regularão a prestação dos serviços pretendidos.

REGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO:

O presente credenciamento fundamenta-se na legislação em vigor, em especial o Edital de Chamamento n.º 001/2013, de 10/12/2013, na Resolução Normativa n.º 017/98 do Tribunal de Contas dos Municípios, Decisão Plenária n.º 089/2008 e nas normas contidas na Lei nº 8.666/93, com suas alterações posteriores.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O objeto deste é o Credenciamento para prestação de serviços como Cirurgiã Dentista, pelo Fundo Municipal de Saúde de Orizona, com disponibilidade de tempo de 40 horas semanais, para prestação de Serviços Técnico Profissional Especializado na Área de Saúde, dentro do Programa de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA JUSTIFICATIVA

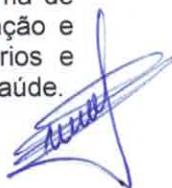
A presente contratação decorre da necessidade dos serviços de Odontologia, na área de sua especialidade, incluindo todos os serviços relativos à implementação do Programa de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família do município de Orizona - GO, na prevenção e promoção da saúde da comunidade, exercendo suas atividades de acordo com os critérios e diretrizes sob a orientação e supervisão da autoridade competente da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

O presente credenciamento vigorará a partir da data de sua assinatura até 31 de dezembro de 2014, podendo ser prorrogado com base no Art. 57, II, da Lei Federal nº 8.666, de 21.06.1993 e alterações posteriores.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

Av. Manoel Ribeiro, 23 - Centro - Orizona - Goiás - CEP 75.280-000
FONE (64) 3474 1427/ 3474-1447
Email - prefeituraorizona@gmail.com e saudeorizona@hotmail.com







O CREDENCIANTE pagará ao CREDENCIADO a importância de R\$ 3.300,00 (três mil e trezentos reais), empenhando-se o valor do presente ajuste em R\$ 39.600,00 (trinta e nove mil e seiscentos 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 ISS.

SUB-CLÁUSULA SEGUNDA - O pagamento será efetuado até o (05) quinto dia útil do mês subsequente ao vencido, podendo ocorrer atraso devido a repasse do SUS, observadas as condições seguintes.

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

CLÁUSULA QUINTA – DO MAPA DE REGISTRO

A CREDENCIADA 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 SEXTA - DOS COMPROMISSOS E DA RESPONSABILIDADE

A CREDENCIADA 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 quarenta horas semanais, bem como as normas pertinentes à Portaria 1886/MS de 18/12/1997. A CREDENCIADA fica obrigado comprovar sua regularização perante o Conselho respectivo da classe.

CLÁUSULA SÉTIMA - 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 OITAVA – DA RESCISÃO

Fica pactuado entre as partes que o presente Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo **CREDENCIADA** 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 NONA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

10.301.0203.2-074 – Manutenção do Programa Saúde da Família.
3.3.90.36.00.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física.
Ficha nº 20140536

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS EFEITOS DO CONTRATO

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

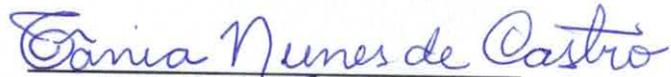
Fica eleito o Foro da Comarca de Orizona, Estado de Goiás, para nele dirimir quaisquer dúvidas e/ou questões oriundas do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

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 2014.



RENATO VIEIRA DA CUNHA
SECRETARIO DE SAUDE
GESTOR DO FMS



TANIA NUNES DE CASTRO
CREDENCIADA

Visto:



FELIPE ANTÔNIO DIAS
Prefeito Municipal

Testemunhas:

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

Ass.:



2º Nome: CLAUDIO SOUSA PORTO
CPF: 973.768.501-63

Ass.:

