

**CERTIFICAÇÃO**  
Certifico que a via deste foi  
afixada no Placard da  
Prefeitura Municipal.  
Em: 05/02/2013

**TERMO DE CREDENCIAMENTO  
NA ÁREA DE SAÚDE  
Nº 028/2013.**

  
Funcionário

**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.

**CREDENCIADA: LIVIA ESTANISLAU NUNES E CASTRO**, brasileira, casada, Auxiliar de Saúde Bucal, portadora do CPF nº 011.592.901-05 e CI nº 4.447.772 DGPC/GO, residente e domiciliada à Rua João Batista de Castro, Qd. 57, Lt. 01, nº 20, Bairro Nossa Senhora de Fátima - Orizona - GO, neste ato simplesmente designado **CREDENCIADA**, acordam a prestação de serviços da área da saúde, mediante as cláusulas e condições que se seguem:

#### REGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO:

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 017/98 do Tribunal de Contas dos Municípios, Decisão Plenária nº 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 de 01 (uma) Auxiliar de Saúde Bucal 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 no Programa de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DA JUSTIFICATIVA

A presente contratação decorre da necessidade de um profissional que desenvolve as atividades relativas aos serviços de Auxiliar de Saúde Bucal do Programa de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família do Município de Orizona - Goiás, 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 2013, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, 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  
email [saudeorizona@cultura.com.br](mailto:saudeorizona@cultura.com.br) e [saudeorizona@hotmail.com](mailto:saudeorizona@hotmail.com)

*Livia E. Nunes e Castro*

*Raw*  
*(P)*



#### CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

Pelos serviços realizados pela **CREDENCIADA**, depois de avaliada a produção autorizada pela autoridade superior competente, os **CREDENCIANTES** pagarão a importância de R\$ 678,00 (seiscentos e setenta e oito reais), acrescidos de 20% (vinte por cento) de insalubridade, no valor de R\$ 135,60 (cento e trinta e cinco reais e sessenta centavos), perfazendo o valor de R\$ 813,60 (oitocentos e treze reais e sessenta centavos) mensais, estimando-se o valor deste instrumento em R\$ 9.763,20 (nove mil setecentos e sessenta e três reais e vinte centavos).

**SUB-CLÁUSULA PRIMEIRA** - 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 SEGUNDA** - 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, sendo este procedimento 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 obrigada 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 pela **CREDENCIADA** de conformidade com os Artigos 77 e seguintes da Lei Federal nº 8.666/93, uma vez observado o interesse público, neste caso, não gerando qualquer ônus ao seu erário.

**SUBCLÁUSULA PRIMEIRA** - A recusa injustificada, por parte do credenciado em atender qualquer paciente; o mau desempenho, a falta de urbanidade nos atendimentos, a imperícia, negligência ou imprudência, importará no seu descredenciamento automático, sem prejuízo das demais cominações.

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA** - A critério da Administração, e atendendo ao interesse público, este instrumento contratual poderá ser rescindido, sem que caiba ao profissional **CREDENCIADA**, qualquer indenização, salvo se decorrente de parcelas em atraso.

Av. Egerineu Teixeira, 11 - Centro - Orizona -GO. CEP 75.280-000  
Fone (64) 3474 1447 - Fax (64) 3474 1427  
email [saudeorizona@cultura.com.br](mailto:saudeorizona@cultura.com.br) e [saudeorizona@hotmail.com](mailto:saudeorizona@hotmail.com)

Rosário E. Nunes e Castro



**SUBCLÁUSULA TERCEIRA** – A provocação da rescisão do instrumento contratual, por parte do profissional CREDENCIADA, deverá ser feita, expressamente, e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem o quem incidirá o mesmo em pagamento de multa contratual, no percentual de 10% (dez por cento) incidente sobre o valor total do ajuste.

**CLÁUSULA NONA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

A despesa com a execução dos serviços constantes do presente Termo correrá, no presente exercício financeiro, à conta dos recursos consignados na Lei Orçamentária, sob a seguinte dotação:

**10.301.0203.2.074 – Manutenção do Programa Saúde da Família.**

**3.3.90.36.00.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física.**

**CLÁUSULA DÉCIMA – DOS EFEITOS DO CONTRATO**

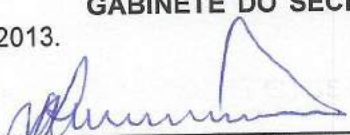
Este termo de credenciamento para prestação de serviços é regido em todos os seus termos, pelas normas aplicáveis à espécie, esgotando seus efeitos tanto que satisfeitas mutuamente as obrigações das partes, não gerando assim existência de vínculo empregatício, com a aplicação o Regime Geral de Previdência à CREDENCIADA.

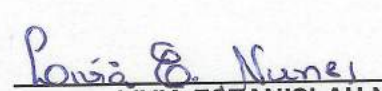
**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO**

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 2013.

  
**RENATO VIEIRA DA CUNHA**  
Secretário Municipal de Saúde  
Gestor do FMS

  
**LIVIA ESTANISLAU NUNES**  
CREDENCIADA

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: 