



CHAMAMENTO PÚBLICO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLIVEIRA DE FÁTIMA
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 002/2024, processo nº 077/2024
A partir do Dia 02/04/2024 às 08:00 hs

Edital de chamamento público visando o credenciamento de jurídicas para ***Credenciamento de pessoa jurídica especializada para prestação de serviços de exames em diagnóstico por imagem, nas faixas etárias infantil e adulto, para a demanda do Fundo Municipal de Saúde.***

O Fundo Municipal de Saúde de OLIVEIRA DE FÁTIMA, através do agente de contratação, comunica aos interessados que está procedendo ao CHAMAMENTO PÚBLICO para fins de CREDENCIAMENTO de pessoas **jurídicas para Credenciamento de pessoa jurídica especializada para prestação de serviços de exames em diagnóstico por imagem, nas faixas etárias infantil e adulto, para a demanda do Fundo Municipal de Saúde**

1 OBJETO

1.1 Este procedimento tem por objeto o credenciamento de jurídicas para **jurídicas para Credenciamento de pessoa jurídica especializada para prestação de serviços de exames em diagnóstico por imagem, nas faixas etárias infantil e adulto, para a demanda do Fundo Municipal de Saúde.**

2. PRAZO DE VIGÊNCIA E PEDIDO DE CREDENCIAMENTO

2.1 O credenciamento permanecerá aberto durante o prazo e nos termos estabelecidos no subitem **2.2.**, para pessoas jurídicas para serviços, observada a necessidades do Fundo Municipal de Saúde.

2.2 - O presente Edital entra em vigor na data de sua publicação e vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo quaisquer e jurídica, durante esse prazo e desde que cumpra os requisitos previstos neste instrumento, solicitar seu credenciamento. O prazo de vigência deste instrumento poderá ser prorrogado, a critério do Fundo municipal de Saúde.

2.3 Integram o presente edital, os seguintes anexos:

- I – Planilha com locais, serviços e valores;
- II – Formulário de Inscrição para Credenciamento (pessoa física/jurídica);
- III – Termo de Declaração de Disponibilidade e Compromisso (pessoa física/jurídica);
- IV – Declaração de Idoneidade (pessoa física/jurídica);
- V - Declaração de que não existe fato superveniente impeditivo (pessoa física/jurídica);
- VI – Minuta do Termo de Credenciamento;
- VII – Minuta de Contrato de Prestação de Serviços.

3 CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO

Poderão participar do presente credenciamento, jurídicas para serviços de lavagem de veículos, devidamente habilitadas, com idoneidade econômico-financeira, com regularidade jurídico fiscal, que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de inidoneidade por parte do Poder Público, que satisfaçam as condições fixadas neste edital e anexos e, que aceitem as normas estabelecidas pelo Fundo Municipal de Saúde do Muni-



cópia de OLIVEIRA DE FÁTIMA, devendo apresentar os seguintes documentos durante o período de vigência do credenciamento.

3.1 Pessoas jurídicas para serviços

- a) Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativa a Tributos e Contribuições Federais e à Dívida Ativa da União;
- b) Certidão Negativa de Débito de Tributos Estaduais;
- c) Certidão Negativa de Débito de Tributos Municipais;
- d) Certidão Negativa de Débito INSS (CND);
- e) Certidão de Regularidade do FGTS;
- f) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT, emitido pela Justiça do Trabalho.
- g) Registro Comercial, no caso de empresa individual;
- h) Alvará de funcionamento expedido pelo Município sede;
- j) Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- i) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- j) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- k) Certidão negativa de pedidos de falência ou concordata, expedida por distribuidor judicial, da sede da empresa, com antecedência máxima de 30 dias da data de apresentação e abrangendo os últimos 05 anos;

3.3 Os documentos constantes dos itens 3.1 e 3.2 poderão ser apresentados em original ou por cópia autenticada, ou apresentação de cópia normal acompanhado dos originais para autenticação por componente da Comissão de contratação.

3.4 O prazo para a habilitação ao credenciamento inicia com a publicação deste edital ficando aberto aos demais interessados em caráter permanente.

3.5 Não existirão limite de número de pessoas jurídicas para os serviços a serem credenciadas.

4 IMPEDIMENTOS

3.1 Não poderá exercer a atividade, ainda que indiretamente, por meio do credenciamento, nos termos da lei 14.133/2021, pessoas físicas e jurídicas que for:

- a) servidor público do Município de Oliveira de Fátima ou do Fundo Municipal de Saúde;
- b) agente político em exercício de mandato eletivo.

3.2 O credenciado que venha a se enquadrar nas situações previstas nos itens 2.1, terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento.

3.3 O credenciado deverá comunicar imediatamente à Gestão do Fundo Municipal de Saúde o seu impedimento, fazendo jus à remuneração do trabalho até então realizado, de acordo com o fixado no Anexo I – Remuneração dos serviços.

4 DA ADESÃO AO CREDENCIAMENTO

4.1 Torna-se implícito que os proponentes que responderem ao CREDENCIAMENTO, concordam integralmente com os termos do presente edital e seus anexos.

5. DA ANÁLISE E AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 Os interessados ao credenciamento serão avaliados em conformidade com a entrega da documentação, pela Comissão de contratação nomeada através de decreto para sele-



cionar prestadores de serviços, conforme as necessidades e critérios estabelecidos, **emitiendo relatório conclusivo da avaliação.**

5.2 Do Procedimento e Julgamento

Toda documentação mencionada no presente Edital, inclusive a que comprova o preenchimento do anexo II, deverá ser entregue na Prefeitura, Municipal de OLIVEIRA DE FÁTIMA, junto a comissão de contratação a partir do dia 02/04/2024 às 08:00 horas.

5.3 Da Habilitação

5.3.1 Após a análise da documentação e estando esta em conformidade com os requisitos estipulados neste Edital, a Comissão contratação convocará o habilitado para a assinatura do Termo de Credenciamento. Em caso de indeferimento do pedido, o interessado poderá interpor recurso à Comissão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da publicação do resultado em diário da Prefeitura Municipal de OLIVEIRA DE FÁTIMA.

5.3.2 O resultado do presente credenciamento será afixado no diário da Prefeitura Municipal de OLIVEIRA DE FÁTIMA, após a emissão do relatório conclusivo de avaliação e homologação da habilitação.

5.3.3 Se algum habilitado se recusar a assinar o termo credenciamento, faculta-se o Fundo Municipal de Saúde de OLIVEIRA DE FÁTIMA, independentemente de aviso, notificação, ou interpelação judicial ou extrajudicial, convocar para assinatura o habilitado subsequente e imediato para atender o objeto especificado, conforme prever a lei 14.133/2021

6 DOS RECURSOS

6.1 Das decisões do presente credenciamento caberá recurso, nos termos da lei 14.133/21

6.2 Os recursos deverão ser interpostos mediante petição devidamente fundamentada e subscrita pelo concorrente, ou por procurador habilitado na forma da Lei.

7. DO CREDENCIAMENTO E CONTRATAÇÃO

7.1 Após análise da documentação e com base no Relatório Conclusivo serão credenciados os interessados que preencham os requisitos previstos no presente Edital e seus anexos, de acordo com as necessidades do Fundo Municipal de Saúde.

7.2 Os interessados que forem habilitados ao credenciamento serão **contratados por meio de instrumentos de prestação de serviços de prazo determinado**, com vigência a partir da assinatura do Termo Contratual, onde se estabelecerão os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, podendo o contrato ser rescindido, a qualquer tempo, sem que caibam aos contratados quaisquer direitos, vantagens ou indenizações.

7.3 A presente Chamada Pública terá a validade de 12 (*doze*) meses, durante o qual o Fundo Municipal de Saúde de OLIVEIRA DE FÁTIMA não será obrigado a Contratar os serviços objeto da Chamada, podendo fazê-lo mediante outra chamada quando julgar conveniente, sem que caiba recursos ou indenização de qualquer espécie aos credenciados ou, cancelar o ato, na ocorrência de alguma das hipóteses legalmente previstas para tanto, garantindo ao credenciado, neste caso, o contraditório e a ampla defesa.

7.4 Serão de inteira responsabilidade dos prestadores de serviços, os danos causados diretamente aos pacientes, à instituição contratante ou a terceiros, decorrentes da execução do contrato.

8. DO PAGAMENTO

8.1 O Fundo Municipal de Saúde pagará aos contratados, em até 15 (quinze) dias do mês subsequente ao da prestação do serviço, mediante apresentação de Nota Fiscal de Pres-



tação de Serviços ou Recibo, os valores líquidos que lhes forem devidos, pelos serviços efetivamente prestados;

8.2 As despesas das contratações oriundas do presente edital correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias: 10.122.1004.2116 - elemento da despesa 3.3.90.39 FONTE – 1.600.0000.000000, constantes do presente orçamento e para os exercícios subseqüentes, pela dotação que vier a ser alocada para atender as obrigações da mesma natureza.

9. DAS SANÇÕES

9.1 A recusa do(a) credenciado(a) em assinar o Contrato no prazo estabelecido, o(a) impedirá de participar de novas chamadas ou licitações pelo prazo de 12 (*doze*) meses junto a este Município ou Fundos deste Município.

9.2 O(a) CONTRATADO(A) ficará sujeito(a) as seguintes penalidades caso deixe de cumprir os prazos e demais obrigações assumidas em Contrato, sendo:

a) Multa de 1% (*um por cento*) sobre o valor contratual, a cada dia do não início da prestação de serviços no prazo estipulado, até o limite de 20% (*vinte por cento*) quando então, será decretada a rescisão unilateral do Contrato, por culpa exclusiva do(a) CONTRATADO(A);

b) Multa de 3% (*três por cento*) do valor contratual quando, por ação, omissão ou negligência, o(a) CONTRATADO(A) infringir qualquer das demais obrigações contratuais;

c) Suspensão do direito de participar de licitações e/ou Contratos em qualquer órgão da administração direta ou indireta, pelo prazo de 2 (*dois*) anos, quando, por culpa do(a) CONTRATADO(A) ocorrer a suspensão ou a rescisão administrativa;

d) As multas serão independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras;

e) Quando o valor total das multas aplicadas atingirem o percentual de 20% (*vinte por cento*) do valor contratual, incluindo o subitem, o CONTRATANTE poderá rescindir unilateralmente o Contrato.

10. DA APLICAÇÃO DE MULTA

Quando da aplicação de multa, o **CONTRATANTE** notificará o(a) **CONTRATADO(A)** que terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentar defesa prévia ao Fundo Municipal de Saúde através da Diretoria dos Serviços de Saúde. Mantida a aplicação da multa, caberá no mesmo prazo, recurso à autoridade superior. Sendo improcedente o recurso apresentado, o(a) **CONTRATADO(A)** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para recolher à Tesouraria do **CONTRATANTE** o valor correspondente à multa, sob pena de incorrer em outras sanções cabíveis, podendo o **CONTRATANTE** inclusive, reter pagamento de fatura, até o efetivo pagamento da multa, como garantia do recebimento desta.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 O Fundo Municipal de Saúde poderá, a qualquer tempo, motivadamente, adiar, revogar total ou parcialmente, ou mesmo anular o presente processo, sem que disso decorra qualquer direito ou indenização ou ressarcimento para os interessados, seja de que natureza for.



11.1.1 O Fundo Municipal de Saúde poderá, **a qualquer tempo**, realizar novos credenciamentos, de qualquer interessado, pessoa física ou jurídica, que preencha as condições mínimas exigidas no presente edital.

11.2 Toda informação referente ao presente credenciamento será fornecida pelo Fundo Municipal de Saúde através da Comissão de contratação.

11.3 É vedada a transferência total ou parcial, para terceiros, do objeto do presente Edital.

O extrato do presente Edital será publicado no Diário Oficial do estado, e afixado no quadro de avisos da Prefeitura Municipal de OLIVEIRA DE FÁTIMA/TO.

OLIVEIRA DE FÁTIMA, Estado do Tocantins, 01 de Abril 2024.

Agente de contratação

ANEXO I – Remuneração dos serviços

Pelos serviços prestados os credenciados farão jus aos seguintes valores:

Item	Descrição	Unidade de medida	Quant.	Valor Unitário	Valor Total
01	SERVIÇO MÉDICO P/ REALIZAÇÃO DE EXAMES (RESSONANCIA MAGNETICA SEM SEDAÇÃO), RM ABDOME SUPERIOR/ RM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL) / RM ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO) / RM BACIA (ARTICULAÇÃO SACROILÍACAS) /RM COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR / RM COXA (UNILATERAL) / RM CRÂNIO (ENCÉFALO) / RM DA FACE(INCLUI SEIOS DA FACE) / RM MAMA (BILATERAL) / RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO) / RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (NÃO INCLUI MÃO E ARTICULAÇÕES) / RM ÓRBITAS BILATERAL / RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL / RM PÉ (ANTIPE) – NÃO INCLUI TORNOZELO / RM PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS) /RM PERNA (UNILATERAL) / RM PESCOÇO / RM SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)/ RM TÓRAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA) / RM MULTIPARAMETRICA DA PRÓSTATA).	SERVIÇO	10	1.200,00	12.000,00
02	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (ANGIO RESSONANCIAS), AORTA ABDOMINAL / AORTA TORÁCICA / ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR/ ARTERIAL DE CRÂNIO/ ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) / ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) / ARTERIAL	SERVIÇO	10	1.200,00	12.000,00

	PELVE / ARTERIAL PESCOÇO / ARTERIAL PULMONAR / VENOSA DE ABDOME SUPERIOR/ VENOSA DE CRÂNIO / VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)/ VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) / VENOSA DE PELVE / VENOSA DE PESCOÇO / VENOSA PULMONAR E ABDOME TOTAL.				
03	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE (SEDAÇÃO) QUANDO NECESSARIO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMO: (TOMOGRAFIA, RESSONANCIAS, ANGIO RESSONÂNCIA E COLONOSCOPIA).	SERVIÇO	08	1.200,00	9.600,00
04	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (COLONOSCOPIA) , CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	05	1.200,00	6.000,00
05	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES (ENDOSCOPIA DIGESTIVA) , CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	08	450,00	3.600,00
06	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (TOMOGRÁFIAS COMPUTADORIZADAS) , TC ABDOME SUPERIOR / TC ARTICULAÇÕES / TC DE COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR / TC CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS / TC FACE OU SEIOS DA FACE / TCX MASTOIDES OU ORELHAS / TC PELVE OU BACIA / TC SEGMENTOS APENDICULARES / TC TÓRAX / TC PESCOÇO.	SERVIÇO	10	750,00	7.500,00
07	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (ANGIO TOMOGRÁFIAS) , AORTA ABDOMINAL / AORTA TORACICA / ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR / ARTERIAL DE CRÂNIO / ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR / ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR / ARTERIAL DE PELVE / ARTERIAL DE PESCOÇO / ARTERIAL DE TÓRAX / VENOSA DE ABDOME SUPERIOR /	SERVIÇO	08	1.200,00	9.600,00

	VENOSA DE CRÂNIO/ VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR /VENOSA DE MEMBRO INFERIOR / VENOSA PELVE / VENOSA PESCOÇO / VENOSA TÓRAX E VENOSA.				
08	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL).	SERVIÇO	05	290,00	1.450,00
09	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (DESINTROMETRIA ÓSSEA)	SERVIÇO	03	290,00	870,00
10	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (RAIO X), INCIDENCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE / CERVICAL – 3 INCIDÊNCIA / COLUNA DORSAL – 2 INCIDÊNCIA / RX COLUNA INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA / RX SACROCOCCIX – 2 INCIDÊNCIA / RX ANTEBRAÇO – 2 INCIDENCIA / RX ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR – 2 IINCIDÊNCIA / RX ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) – 2 INCIDÊNCIA / RX ESTERNOCLAVICULAR – 2 INCIDÊNCIA / RX BRAÇO – 2 INCIDÊNCIA / RX CLAVÍCULA – 2 INCIDÊNCIA / RX COSTELAS – POR HEMITÓRAX – 2 INCIDÊNCIA/ RX COTOVELO – 2 INCIDÊNCIA / ESTERNO – 2 INCIDÊNCIA / RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR / RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR / MÃO OU QUIRODÁCTILO – 2 INCIDENCIA / OMOPLATA OU ESCÁPULA – 2 INCIDENCIA / PUNHO – 2 INCIDENCIA / ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL(QUADRIL) – 2 INCIDENCIA / RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) – 2 INCIDENCIA / BACIA – 1 INCIDENCIA/ JOELHO – INCIDENCIA / PATELA – 3 INCIDENCIA / PÉ OU PODODÁCTILO – 2 INCIDENCIA / PERNA – 2 INCIDENCIA / TORÁX – 1 INCI-	SERVIÇO	05	250,00	1.250,00

	DENCIA / ABDOME SIMPLES – 1 INCIDENCIA / ARCOS COSTAS).				
11	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (TESTE ERGOMETRICO), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	08	215,00	1.720,00
12	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO), CONFORME SOLICITAÇÃO	SERVIÇO	30	80,00	2.400,00
13	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (HOLTER 24 HORAS), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	08	215,00	1.720,00
14	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (MAPA 24 HORAS), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	08	215,00	1.720,00
15	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO), CONFORME SOLICITAÇÃO	SERVIÇO	02	550,00	1.100,00
16	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (DOPPLER DE CAROTIDAS), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	02	480,00	960,00
17	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (DOPPLER DE VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/PORMEMBRO), CONFORME SOLICITAÇÃO	SERVIÇO	02	400,00	800,00
18	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (DOPPLER ARTERIAL DE MEMBROS INFERIOR/POR MEMBRO), CONFORME SOLICITAÇÃO.		02	400,00	800,00
19	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (PROCEDIMENTO PARA COLETA DE MATERIAL PARA BIOPSIA DE PROSTATA), CONFORME SOLICITAÇÃO.		08	2.200,00	17.600,00
20	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (COLPOSCOPIA), CONFORME SOLICITAÇÃO.		05	600,00	3.000,00



					TOTAL: 95.690,00
--	--	--	--	--	-----------------------------------

Os serviços serão prestados na cidade de Oliveira de Fátima em horário pré definidos pela gestora do Fundo de Saúde.

Gestora



ANEXO II

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO/PF

À COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLIVEIRA DE FÁTIMA – TO,

O Sr. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, (profissão), CRM/xx **xxxxx**, domiciliado na **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, cidade de **XXXXXXXXXX/XXXX**, que a esta subscreve, vem solicitar seu credenciamento para prestação de serviços _____ (integrantes do Anexo I).

Concordamos em nos submeter a todas às disposições constantes do Edital de Chamamento para Credenciamento de serviços de lava jato para lavagem dos veículos do fundo de Saúde do município de Oliveira de Fátima Atenciosamente.

xxxxx-xx, xx de **XXXXXXXXXXXX** de **xxxx**.

Assinatura com carimbo



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE/PF

A Comissão de contratação do Fundo Municipal de Saúde de OLIVEIRA DE FÁTIMA/TO

Ref.: Chamamento Público de Credenciamento – Edital 002/2024

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, (profissão), CRM/xx xxxx, abaixo assinado, em atendimento ao edital do processo acima especificado, DECLARA, sob as penas da Lei que se encontra em perfeita disponibilidade para imediata execução dos serviços objetos do certame, caso venha a ser declarado **APTO**.

xxxx/xx, xx de xxxxxxx de xxxx.

Assinatura com carimbo



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE/PF

A Comissão de contratação do Fundo Municipal de Saúde de OLIVEIRA DE FÁTIMA/TO

Ref.: Chamamento Público de Credenciamento – Edital 002/2024

Através do presente, o(a) Sr(a)....., inscrito no CPF sob nº....., residente....., nº....., Bairro....., Município/....., declara sob penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente credenciamento bem como, estar ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

...../....., de de

Assinatura com Carimbo



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DE HABILITAÇÃO/PF

A Comissão de contratação do Fundo Municipal de Saúde de OLIVEIRA DE FÁTIMA/TO

Ref.: Chamamento Público de Credenciamento – Edital 002/2024

O(a), (Endereço Completo), portador da carteira de identidade n.º..... e inscrito no CPF/MF sob n.º, ao fim assinado, declara, sob as penas da Lei, para fins de participação do certame levada a efeito pelo Edital de Chamada Pública n.º 002/2024 que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo e que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

...../....., de de

Assinatura com Carimbo



ANEXO II

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO/PJ

À COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLIVEIRA DE FÁTIMA – TO,

A _____ com sede e foro na _____ (rua,etc) da cidade de _____ Estado _____ por seu _____ (cargo) Sr(a). _____, que a esta subscreve, vem solicitar seu credenciamento para prestação de serviços consistentes na área de _____ (integrantes do Anexo I).

Concordamos em nos submeter a todas às disposições constantes do Edital de Chamamento para Credenciamento de serviços de lava jato para lavagem dos veículos do fundo de Saúde do município de Oliveira de Fátima

Atenciosamente.

_____ - _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do representante legal

Carimbo do CNPJ



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE/PJ

A Comissão de contratação do Fundo Municipal de Saúde de OLIVEIRA DE FÁTIMA/TO

Ref.: Chamamento Público de Credenciamento – Edital 002/2024

A _____ com sede e foro na _____ (rua,etc) da cidade de _____ Estado _____ por seu _____ (cargo) Sr(a). _____, em atendimento ao edital do processo acima especificado, DECLARA, sob as penas da Lei que se encontra em perfeita disponibilidade para imediata execução dos serviços objetos do certame, caso venha a ser declarada **APTO**.

_____/_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do representante legal

Carimbo do CNPJ



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DE HABILITAÇÃO/PJ

A Comissão de contratação do Fundo Municipal de Saúde de OLIVEIRA DE FÁTIMA/TO

Ref.: Chamamento Público de Credenciamento – Edital 002/2024

A _____ com sede e foro na _____ (rua, etc) da cidade de ____ Estado ____ por seu _____ (cargo) Sr(a). _____, declara, sob as penas da Lei, para fins de participação do certame levada a efeito pelo Edital de Chamada Pública n.º 002/2024 que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo e que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

...../....., de de

Assinatura e Carimbo do representante legal

Carimbo do CNPJ



ANEXO VI – TERMO DE CREDENCIAMENTO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLIVEIRA DE FÁTIMA, Estado do Tocantins, Pessoa Jurídica de Direito Público interno, com sede na Avenida _____, Setor _____ OLIVEIRA DE FÁTIMA, Estado do Tocantins, cadastrado no CNPJ/MF, sob o nº _____, ora representado pela Gestora **Sra. _____**, portadora do CPF sob nº _____ e da RG. sob nº _____ SSP/TO, residente e domiciliada nesta cidade doravante denominado **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** e, de outro lado, _____, CPF/CNPJ nº _____, CRM/____ nº _____, doravante denominado(a) simplesmente **CRENCIADO (A)**, celebram este Termo de Credenciamento para a prestação dos serviços _____, vinculado ao Edital de Chamamento Público nº 002/2024 e de conformidade com a Lei nº 14.133/2021, regulamentado pelo Decreto municipal 132/2021 de 10 de agosto de 2021, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

DO OBJETO

Cláusula Primeira O presente Termo tem por objeto a realização, pela(o) **CRENCIADA(O)**, dos serviços de _____

PRAZO DE VIGÊNCIA

Cláusula Segunda O prazo de vigência do Termo de Credenciamento será de 12 (doze) meses, contados da data da sua assinatura, prorrogável, a critério do Município, até o limite de 60 (sessenta meses).

DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Cláusula Terceira São obrigações do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**:

I – disponibilizar a estrutura, materiais e condições necessárias a boa execução dos serviços do(a) credenciado(a);

II – pagar os honorários de acordo com o previsto no Anexo I – Remuneração, dos serviços.

Cláusula Quarta São obrigações da **CRENCIADO(A)**:

I - Manter em perfeita regularidade suas obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e/ou para fiscais, bem como sua situação junto aos órgãos oficial fiscalizadores de suas atividades;

II - Proporcionar todas as facilidades necessárias ao pessoal que o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE designar para exercer a ação fiscalizadora que lhe é facultada; bem como a qualquer outro servidor no desempenho de suas funções.

Cláusula Quinta Pelos serviços ora ajustados, o **CRENCIADO (A)** será remunerada exclusivamente de acordo com o disposto no do Anexo I – Remuneração dos serviços, não podendo reclamar do Fundo Municipal de Saúde qualquer outro valor a esse título.



DA RESCISÃO

Cláusula Sexta Este Termo poderá ser rescindido por mútuo acordo, mediante termo próprio e notificação prévia de 30 (trinta) dias, desde que atendida a conveniência do **FUNDO**

Cláusula Sétima Será rescindido o presente Termo, independente de notificação judicial ou extrajudicial, sem qualquer direito à indenização, por parte da **CRENCIADO(A)**, se este:

I - não cumprir regularmente quaisquer das obrigações assumidas neste Termo;

II - subcontratar os serviços, sem autorização do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, ou, em qualquer hipótese, transferir ou ceder, total ou parcialmente, o objeto deste Termo de Credenciamento;

III - executar os serviços com imperícia técnica;

IV - paralisar ou cumprir lentamente os serviços, sem justa causa, por mais de 05 (cinco) dias consecutivos;

V - demonstrar incapacidade, desaparelhamento, inidoneidade técnica ou má fé;

VI - atrasar injustificadamente a execução dos serviços.

Cláusula oitava O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE poderá, ainda, rescindir este Termo na ocorrência de qualquer das hipóteses previstas por lei.

NORMAS LEGAIS APLICÁVEIS

Cláusula Décima Aplicam-se a esse termo de credenciamento as normas da Lei Federal nº 14.133/2021, bem como as disposições do Edital de Chamamento Público nº 002/2024, e seus anexos, como se aqui estivessem transcritos.

FORO DE ELEIÇÃO

Cláusula Décima Primeira Para questões ou litígios decorrentes do presente credenciamento fica eleito o Foro da Comarca de Porto Nacional, com exclusão de qualquer outro, por mais especializado que seja.

E, por estarem assim justos e acordados, assinam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

OLIVEIRA DE FÁTIMA, _____ de _____ de 2024.

Fundo Municipal de Saúde

Credenciado(a)
CRM/ _____



ANEXO VII
MINUTA TERMO DE CONTRATO Nº _____/2024.

CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLIVEIRA DE FÁTIMA, Estado do Tocantins, Pessoa Jurídica de Direito Público interno, com sede na Avenida _____, Setor _____ OLIVEIRA DE FÁTIMA, Estado do Tocantins, cadastrado no CNPJ/MF, sob o nº 12.463.676/0001-09, ora representado pela Gestora **Sra.** _____, portadora do CPF sob nº _____ e da RG. sob nº _____ SSP/TO, residente e domiciliada nesta cidade, denominado CONTRATANTE, e _____, _____, _____, _____, _____, e inscrito no CPF/CNPJ sob o n.º _____, com sede e foro/residente e domiciliado na _____, _____, cidade de _____/_____, denominado CONTRATADO(A), firmam o presente instrumento para prestação de serviços na área da saúde, conforme seguintes cláusulas e condições.

DO FUNDAMENTO JURÍDICO DO CONTRATO - O presente contrato público de prestação de serviços é firmado nos termos da Lei nº 14.133/2021 e federal nº 11.878 e decretos municipais, através do Chamamento Público Edital nº 002/2024.

Fundamenta-se ainda o presente contrato de prestação de serviços, em autorização legislativa consubstanciada na inclusão de dotação orçamentária específica para contratação de serviços de terceiros, não configurando assim, qualquer vínculo empregatício ou de admissão de pessoal, ainda que indiretamente.

Para todos os efeitos legais e para melhor caracterização dos serviços, bem assim definir procedimentos e normas decorrentes das obrigações ora contraídas, integram este Contrato, como se nele estivessem transcritos, como todos os seus anexos, os seguintes documentos: Chamamento Público 002/2024.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O presente instrumento tem por objeto a contratação de Jurídica para prestar de serviços de lava jato para lavagem dos veículos do fundo de Saúde do município de Oliveira de Fátima, no município de OLIVEIRA DE FÁTIMA/TO, nas dependências do CONTRATANTE, para atendimento à pacientes de livre demanda;

§ 1º - O(A) CONTRATADO(A) declara que aceita prestar os serviços, objeto deste contrato, com total observância do regime do CONTRATANTE.



§ 2º - Os serviços serão prestados: na cidade de Oliveira de Fátima, conforme demanda mandada pelo fundo de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DO (A) CONTRATADO(A):

O(A) CONTRATADO(A) deverá iniciar o atendimento imediatamente após assinatura do Termo contratual;

§ 1º - deverá manter em perfeita regularidade suas obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e/ou para fiscais, bem como sua situação junto aos órgãos oficial fiscalizadores de suas atividades;

§ 2º - O(A) CONTRATADO(A) proporcionará todas as facilidades necessárias ao pessoal que o CONTRATANTE designar para exercer a ação fiscalizadora que lhe é facultada; bem como a qualquer outro servidor no desempenho de suas funções;

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

§ 1º - Responsabilizar-se pelo fornecimento de todas as informações que se fizerem necessárias para a realização completa da execução do contrato;

§ 2º - Reserva o direito de rejeitar no todo ou em parte os serviços prestados, caso verifique que os mesmos não estejam em conformidade com o estabelecido neste instrumento, sem que caiba qualquer indenização ou ressarcimento ao (a) CONTRATADO(A);

§ 3º - Notificar por escrito ao (a) CONTRATADO (A) da aplicação de eventuais multas, da suspensão da execução dos serviços e da sustação do pagamento;

§ 4º - Efetuar o pagamento de conformidade com o contrato;

CLÁUSULA QUARTA - DO PREÇO:

Os serviços, que tenham sido regularmente prestados conforme o estipulado na “CLÁUSULA PRIMEIRA” serão pagos ao (a) CONTRATADO(A), pelo CONTRATANTE, o preço justo e acertado, mediante apresentação de Nota Fiscal de Prestação de Serviços ou Recibo competentemente atestado por servidor credenciado conforme valores abaixo:

Item	Descrição	Unidade de medida	Quant.	Valor Unitário	Valor Total
01	SERVIÇO MÉDICO P/ REALIZAÇÃO DE EXAMES (RESSONANCIA MAGNETICA SEM SEDAÇÃO), RM ABDOME SUPERIOR/ RM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL) / RM ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO) / RM BACIA (ARTICULAÇÃO SACROILÍACAS) /RM COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR / RM COXA (UNILATERAL) / RM CRÂNIO (ENCÉ-	SERVIÇO	10	1.200,00	12.000,00

	FALO) / RM DA FACE(INCLUI SEIOS DA FACE) / RM MAMA (BILATERAL) / RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO) / RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (NÃO INCLUI MÃO E ARTICULAÇÕES) / RM ÓRBITAS BILATERAL / RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL / RM PÉ (ANTIPÉ) – NÃO INCLUI TORNOZELO / RM PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS) /RM PERNA (UNILATERAL) / RM PESCOÇO / RM SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)/ RM TÓRAX (MEDIAS-TINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA) / RM MULTIPARAMETRICA DA PRÓSTATA).				
02	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (ANGIO RESSONÂNCIAS), AORTA ABDOMINAL / AORTA TORÁCICA / ARTERIAL DE ABDOME SUPEIOR/ ARTERIAL DE CRÂNIO/ ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) / ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) / ARTERIAL PELVE / ARTERIAL PESCOÇO / ARTERIAL PULMONAR / VENOSA DE ABDOME SUPERIOR/ VENOSA DE CRÂNIO / VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)/ VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) / VENOSA DE PELVE / VENOSA DE PESCOÇO / VENOSA PULMONAR E ABDOME TOTAL.	SERVIÇO	10	1.200,00	12.000,00
03	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE (SEDAÇÃO) QUANDO NECESSARIO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMO: (TOMOGRFIA, RESSONÂNCIAS, ANGIO RESSONÂNCIA E COLONOSCOPIA).	SERVIÇO	08	1.200,00	9.600,00
04	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (COLONOSCOPIA), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	05	1.200,00	6.000,00
05	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES (ENDOSCOPIA DIGESTIVA), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	08	450,00	3.600,00
06	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (TOMOGRFAS COMPUTADORIZADAS), TC ABDOME SUPERIOR / TC ARTICULAÇÕES / TC DE COLUNA CERVI-	SERVIÇO	10	750,00	7.500,00

	CAL OU DORSAL OU LOMBAR / TC CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS / TC FACE OU SEIOS DA FACE / TCX MASTOIDES OU ORELHAS / TC PELVE OU BACIA / TC SEGMENTOS APENDICULARES / TC TÓRAX / TC PESCOÇO.				
07	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (ANGIO TOMOGRAFIAS), AORTA ABDOMINAL / AORTA TORACICA / ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR / ARTERIAL DE CRÂNIO / ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR / ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR / ARTERIAL DE PELVE / ARTERIAL DE PESCOÇO / ARTERIAL DE TÓRAX / VENOSA DE ABDOME SUPERIOR / VENOSA DE CRÂNIO/ VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR /VENOSA DE MEMBRO INFERIOR / VENOSA PELVE / VENOSA PESCOÇO / VENOSA TÓRAX E VENOSA.	SERVIÇO	08	1.200,00	9.600,00
08	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL).	SERVIÇO	05	290,00	1.450,00
09	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (DESINTROMETRIA ÓSSEA)	SERVIÇO	03	290,00	870,00
10	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (RAIO X), INCIDENCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE / CERVICAL – 3 INCIDÊNCIA / COLUNA DORSAL – 2 INCIDÊNCIA / RX COLUNA INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA / RX SACRO-COCCIX – 2 INCIDÊNCIA / RX ANTEBRAÇO – 2 INCIDENCIA / RX ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR – 2 IINCIDÊNCIA / RX ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) – 2 INCIDÊNCIA / RX ESTERNOCLAVICULAR – 2 INCIDÊNCIA / RX BRAÇO – 2 INCIDÊNCIA / RX CLAVÍCULA – 2 INCIDÊNCIA / RX COSTELAS – POR HEMITÓRAX – 2 INCIDÊNCIA/ RX COTOVELO – 2 INCIDÊNCIA / ESTERNO – 2 INCIDÊNCIA / RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR / RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR / MÃO OU QUIRODÁCTILO – 2 INCIDENCIA / OMOPLATA OU ESCÁPULA – 2 INCI-	SERVIÇO	05	250,00	1.250,00

	DENCIA / PUNHO – 2 INCIDENCIA / ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL(QUADRIL) – 2 INCIDENCIA / RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) – 2 INCIDENCIA / BACIA – 1 INCIDENCIA/ JOELHO – INCIDENCIA / PATELA – 3 INCIDENCIA / PÉ OU PODODÁCTILO – 2 INCIDENCIA / PERNA – 2 INCIDENCIA / TORÁX – 1 INCIDENCIA / ABDOME SIMPLES – 1 INCIDENCIA / ARCOS COSTAS).				
11	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (TESTE ERGOMETRICO), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	08	215,00	1.720,00
12	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO), CONFORME SOLICITAÇÃO	SERVIÇO	30	80,00	2.400,00
13	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (HOLTER 24 HORAS), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	08	215,00	1.720,00
14	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (MAPA 24 HORAS), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	08	215,00	1.720,00
15	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO), CONFORME SOLICITAÇÃO	SERVIÇO	02	550,00	1.100,00
16	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (DOPPLER DE CAROTIDAS), CONFORME SOLICITAÇÃO.	SERVIÇO	02	480,00	960,00
17	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (DOPPLER DE VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/PORMEMBRO), CONFORME SOLICITAÇÃO	SERVIÇO	02	400,00	800,00
18	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (DOPPLER ARTERIAL DE MEMBROS INFERIOR/POR MEMBRO), CONFORME SOLICITAÇÃO.		02	400,00	800,00
19	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (PROCEDIMENTO PARA COLETA DE MATERIAL PARA BIOPSIA DE PRÓSTATA), CONFORME SOLICITAÇÃO.		08	2.200,00	17.600,00
20	SERVIÇO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME (COLPOSCOPIA), CONFORME SOLICITAÇÃO.		05	600,00	3.000,00



					TOTAL: 95.690,00
--	--	--	--	--	-----------------------------------

CLÁUSULA QUINTA – DO PAGAMENTO:

O pagamento ao (a) CONTRATADO(A) será efetuado até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços;

CLÁUSULA SEXTA – DA FISCALIZAÇÃO:

O (A) CONTRATANTE poderá fiscalizar, como lhe aprouver e no seu exclusivo interesse, o exato cumprimento deste TERMO, inclusive, a efetiva realização dos serviços prestados;

Parágrafo único - A fiscalização de que trata esta “CLÁUSULA” terá por objeto, notadamente, a qualidade da prestação dos serviços bem como o controle “*a posteriori*” da assistência prestada, cabendo exclusivamente ao (a) CONTRATADO(A) integral responsabilidade e eficiência técnica da prestação assistencial realizados, assim, a faculdade de tal fiscalização, mesmo quando exercida, não elidirá, nem reduzirá, a responsabilidade de sua administração e prepostos, inclusive perante terceiros proveniente de qualquer ação indevida ou omissão, cuja eventual ocorrência não implicará jamais co-responsabilidade do CONTRATANTE;

CLÁUSULA SETIMA – DAS ALTERAÇÕES:

Mediante termo aditivo, o presente ajuste será modificado pelas partes, sempre que ocorrer alteração do Termo de Contratação;

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICIDADE:

O CONTRATANTE providenciará a publicação resumida, do contrato, bem como de termo aditivo, se for o caso, e outras determinadas em lei;

CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES E SANÇÕES:

A inobservância, pelo (a) CONTRATADO(A), de qualquer cláusula, condição ou obrigação constante deste ajuste, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATANTE a aplicar a seu critério, penalidades e sanções previstas em Lei:

§ 1º - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta CLÁUSULA não elidirá o direito de o CONTRATANTE exigir o ressarcimento integral das perdas e danos que o fato gerador da sanção acarretar para ele ou terceiro; pela inexecução total ou parcial do Contrato, o **CONTRATANTE** poderá garantir a prévia defesa, aplicar ao (a) **CONTRATADO(A)** as sanções previstas em Lei;

§ 2º - O (A) CONTRATADO(A) ficará sujeito as seguintes penalidades caso deixe de cumprir os prazos e demais obrigações assumidas em Contrato, sendo:

a) - **Multa de 1% (um por cento) sobre o valor contratual, a cada dia do não início da prestação de serviços no prazo estipulado, até o limite de 20% (vinte por cento) quando**



então, será decretada a rescisão unilateral do Contrato, por culpa exclusiva do(a) CONTRATADO(A);

b) - Multa de 3% (*três por cento*) do valor contratual quando, por ação, omissão ou negligência, o(a) CONTRATADO(A) infringir qualquer das demais obrigações contratuais;

c) Suspensão do direito de participar de licitações e/ou Contratos em qualquer órgão da administração direta ou indireta, pelo prazo de 2 (*dois*) anos, quando, por culpa do(a) CONTRATADO(A) ocorrer a suspensão ou a rescisão administrativa;

d) As multas serão independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras;

e) Quando o valor total das multas aplicadas atingirem o percentual de 20% (*vinte por cento*) do valor contratual, incluindo o § 2º, o CONTRATANTE poderá rescindir unilateralmente o Contrato.

CLÁUSULA DECIMA - DA APLICAÇÃO DE MULTA

Quando da aplicação de multa, o **CONTRATANTE** notificará o(a) **CONTRATADO(A)** que terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentar defesa prévia ao Fundo Municipal de Saúde através da Diretoria do Serviços de Saúde. Mantida a aplicação da multa, caberá no mesmo prazo, recurso à autoridade superior. Sendo improcedente o recurso apresentado, o(a) **CONTRATADO(A)** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para recolher à Tesouraria do **CONTRATANTE** o valor correspondente à multa, sob pena de incorrer em outras sanções cabíveis, podendo o **CONTRATANTE** inclusive, reter pagamento de fatura, até o efetivo pagamento da multa, como garantia do recebimento desta.

CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA – DA VIGENCIA

O presente Termo terá vigência a contar da data de sua assinatura, extinguindo seus efeitos em _____.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA– DA RESCISÃO:

Pela sua inexecução total ou parcial o presente contrato será rescindido em qualquer tempo, através de ato unilateral e escrito do CONTRATANTE, nos casos enumerados lei 14.133/2021.

Parágrafo Único: Mediante simples aviso extra-judicial, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias poderá haver a rescisão amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo, precedida de autorização escrita e fundamentada da gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

As despesas das contratações oriundas do presente edital correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias: 10.122.1004.2116 - elemento da despesa 3.3.90.39 FONTE – 1.600.0000.000000, constantes do presente orçamento e para os exercícios subsequentes, pela dotação que vier a ser alocada para atender as obrigações da mesma natureza.



Parágrafo Único: O presente contrato tem o valor estimado para seu período de vigência de ___/___/___ a ___/___/___ em R\$ _____ (por extenso), com base nos dados estipulados(s) na(s) cláusula(s) própria(s), segundo os preços de cotações.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS CONDIÇÕES GERAIS:

O presente TERMO foi celebrado em conformidade com as suas cláusulas contratuais e ciência das partes envolvidas.

Parágrafo único: Os casos omissos e quaisquer dúvidas advindas deste Termo Contratual serão resolvidos pela legislação em vigor incidente à matéria, elegendo-se, para tanto, o Foro da Comarca de Porto Nacional/TO.

E, por estarem assim justos e acertados, firmam o presente Termo Contratual, em 03 (três) vias de igual teor e forma, abaixo ratificado pela partes contratantes, para que surta seus efeitos.

OLIVEIRA DE FÁTIMA/TO, ___ de ___ de _____.

Fundo Municipal de Saúde
CONTRATANTE

CONTRATADO

Testemunhas:

1. _____
2. _____