



**SECRETARIA DE SAÚDE**

**CHAMADA PÚBLICA Nº PMF-22.07.07.01-C.P.**

**PREÂMBULO:** O Município de Forquilha-CE, através da Secretaria de Saúde, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº **07.673.106/0001-03**, representado neste ato pela sua Secretária de Saúde, **Sra. Eveline Maria Rangel Araújo Rodrigues**, no uso de suas prerrogativas legais, e considerando o disposto no § 1º do Art. 199 da CF, c/c o Art. 24 da Lei nº 8.080/1990, por meio da CPL (Comissão Permanente de Licitações), com sede administrativa sito à Avenida Criança Dante Valério, 481, Bairro Centro, CEP: **62.115-000**, vem realizar Chamada Pública para Contratação do objeto abaixo.

**Objeto:** Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) de direito privado para a prestação de serviços médicos visando à assistência complementar aos usuários do sus no pronto atendimento e unidades básicas de saúde para a realização de atendimento médico ambulatorial, procedimentos cirúrgicos e demais atendimentos que se fizerem necessários para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Forquilha-CE, em conformidade com a Constituição de 1988, em seu art. 199, § 1º, combinado com o art. 24 da Lei Federal 8.080/1990, sob o sistema de Chamada Pública para Credenciamento nos termos dos Anexos deste instrumento, cujos termos, igualmente, o complementam e integram, no que divergir prevalecendo os termos do edital.

**Fundamentação Legal:** Arts. 197 e 199 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, normas do Sistema Único de Saúde, Lei Federal nº 8.080/90 (SUS), Lei Federal nº 8.142/90 (Gestão do SUS), Lei Orgânica do Município de **Forquilha** (Art. 12 Inciso VIII) e Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS) e Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações.

**1. DO ACESSO AO EDITAL**

1.1. O edital estará disponível gratuitamente no TCE-CE. (Tribunal de Contas do Estado do Ceará), na aba "Municípios", opção "Portal de Licitações dos Municípios", acesse "Busca Rápida", escolha o Município de **Forquilha** e clique em "PESQUISAR", logo após clique no botão "OUTRAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO".

1.2. O recebimento dos envelopes será realizado no Setor de Licitação da Prefeitura de **Forquilha**, no local citado no preâmbulo deste termo, no período de **19 de julho de 2022** em diante, de 08 às 12h e de 14 às 18h, permanecendo aberto por tempo indeterminado.

1.3. Na hipótese de não haver expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data prevista, a sessão ocorrerá automaticamente no primeiro dia útil seguinte, nos horários originários.





4.4. A impugnação feita tempestivamente pelo interessado não o impedirá de participar do processo até o trânsito em julgado da decisão a ela pertinente.

4.5. Somente serão aceitas solicitações de esclarecimentos, providências e/ou impugnações mediante petição confeccionada em máquina datilográfica ou impressora eletrônica, em tinta não lavável, que preencha os seguintes requisitos:

4.5.1. O endereçamento ao Presidente da CPL do município de **Forquilha-CE**.

4.5.2. A identificação precisa e completa do autor e seu representante legal (acompanhado dos documentos comprobatórios), se for o caso, contendo o nome, prenome, estado civil, profissão, domicílio, número do documento de identificação, telefone, e-mail, devidamente datada, assinada e protocolada no endereço acima citado, respeitado o prazo editalício.

4.6. Caberá ao responsável, auxiliado pela área interessada, quando for o caso, enviar a petição de impugnação juntamente com os autos processuais para que a autoridade competente decida.

4.7. Caberá ao gestor responsável pela pasta da saúde decidir sobre a impugnação no prazo de até 02 (dois) dias úteis contados da data de recebimento da petição.

4.8. Acolhida a impugnação contra o Edital, caso necessário, será refeito o termo do edital pertinente.

## **5. Habilitação dos interessados – ENVELOPE Nº 01**

### **5.1. PESSOA JURÍDICA**

I – A documentação relativa à HABILITAÇÃO deve ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, acompanhado de todos os aditivos, ou se for o caso do último aditivo consolidado, devidamente registrados, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhada de documentos de eleição de seus administradores.
- b) Registro comercial, no caso de empresa individual.
- c) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhadas de prova de diretoria em exercício.
- d) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.
- e) Cópia do CPF e RG dos sócios ou empresários individuais.
- f) Certidões Específica expedida pela Junta Comercial da Sede da licitante comprovando todos os atos da empresa (inscrição, enquadramento, alterações de dados etc.), expedida, no máximo, nos últimos 60 (sessenta dias) da data da apresentação, exigidas apenas das licitantes que estejam sujeitas a registro na Junta Comercial, exceto para o Microempreendedor Individual-MEI.

**II - A documentação relativa à REGULARIDADE FISCAL deve ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**



- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, conforme o caso, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;
- d) Certidão Negativa de Débito com o Estado do domicílio ou sede da licitante;
- e) Certidão Negativa de Débito com o Município do domicílio ou sede da licitante;
- f) Certificado de Regularidade com o FGTS;
- g) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

**III - A documentação relativa à QUALIFICAÇÃO TÉCNICA deve ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**

- a) Comprovante do Registro ou Inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará.
- b) Documento que ateste a Capacidade Técnica compatível com o objeto e que incluam, necessariamente, serviços médicos hospitalares e/ou especializados, comprovadas por contratos, certidões ou documentos oficiais similares.

**IV - A documentação relativa à HABILITAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA deve ser comprovada mediante a apresentação do seguinte documento:**

- a) Certidão Negativa de Falência ou Concordata ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede do Licitante.

**V - DOCUMENTOS DE EXIGÊNCIA CONSTITUCIONAL/LEGAL**

- a) Declaração de cumprimento do disposto no art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal de 1988 (trabalho de menores de idade, observada a Lei nº 9.854/1999), conforme o modelo do Anexo V.

**VI - OUTRAS EXIGÊNCIAS**

- a) Formulário de Inscrição assinado, conforme Anexo I;
- b) Carta Proposta, conforme modelo constante no Anexo III;
- c) Declaração de concordância e pleno conhecimento do edital, preenchida conforme Anexo IV;
- d) Proposta de Preço, conforme modelo do Anexo VI, acompanhada de Planilha de composição de custos do valor unitário do plantão/serviço, a qual servirá para análise da exequibilidade da proposta apresentada;
- e) Declaração de Idoneidade, conforme Anexo VII;
- f) Declaração ou Atestado de Funcionamento expedido pelo município sede da empresa com autorização para funcionamento de atividades que se adequem ao objeto deste credenciamento.
- g) Alvará Sanitário expedido pelo município sede da empresa com autorização para funcionamento de atividades que se adequem ao objeto deste credenciamento.

5.2. Os documentos não poderão apresentar emendas, rasuras ou ressalvas.  
Paço Municipal Deputado Cesário Barreto de Lima, Avenida Criança Dante Valério, 481  
Fone: (88) 3619-1167 | E-mail: administracao@forquilha.ce.gov.br  
www.forquilha.ce.gov.br





- 5.3. Os documentos deverão ser entregues em original ou cópia autenticada em cartório. Em caso de cópia não autenticada, os originais deverão ser apresentados, para conferência, no ato da entrega.
- 5.4. Os interessados em participar deverão apresentar os documentos para habilitação em ENVELOPE LACRADO contendo na parte externa a seguinte indicação:

**ENVELOPE Nº 1 – HABILITAÇÃO**  
**À PREFEITURA MUNICIPAL DE FORQUILHA /CE**  
**CHAMADA PÚBLICA Nº PMF-22.07.07.01-C.P.**  
**PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_  
**CNPJ** \_\_\_\_\_

- 5.5. Após da ratificação dos credenciados e de conformidade com às demandas do Município (oportunidade e conveniência), será realizado procedimento de contratação por meio de Inexigibilidade de licitação.

## **6. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO NA CHAMADA PÚBLICA, RATIFICAÇÃO, CRITÉRIO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO**

- 6.1. Poderão participar do processo de credenciamento a(s) pessoa(s) jurídica(s) legalmente constituídas, com capacidade técnica comprovada na prestação de serviços médicos, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal e trabalhista, que não estejam em processo de suspensão ou declaração de inidoneidade por parte do poder público, que satisfaçam as condições de habilitação fixadas neste Edital e que aceitem as exigências estabelecidas pelas normas do Município de **Forquilha** e pelas Leis Federais nº 8.666/93 e nº 8.080/90, no que couber.
- 6.2. Para os fins do presente certame, e tendo como referencial o art. 129 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º), do Ministério da Saúde, CHAMAMENTO PÚBLICO é o ato de chamar, publicamente, prestadores de serviços assistenciais de interesse do SUS, com a possibilidade de credenciá-los e CREDENCIAMENTO é o procedimento de licitação por meio do qual a Administração Pública, após chamamento público para um determinado objeto, celebra contrato de prestação de serviços com todos aqueles considerados aptos, nos termos do art. 25, "caput" da Lei nº 8.666, de 1993, garantidas as regras do parágrafo único do artigo desta última Lei. (Acórdão 533/2022-Plenário (relator: Ministro Antônio Anastasia), do Tribunal de Contas da União-TCU).
- 6.3. A participação implica a aceitação integral dos termos deste edital.
- 6.4. Em todo caso, é VEDADA a participação de pessoa física.
- a) É vedada a participação de pessoa física tendo em vista a magnitude das demandas do Ente público municipal que exige, em regra, o exercício de atividades intensivas e extensivas em ambiente hospitalar e de saúde às quais a(s) contratada(s) estará(ão) submetida(s). Por tal fato, seria temerária a participação de pessoa física, considerando que a contratação é *intuitu persona* e, na impossibilidade de um dos

Paço Municipal Deputado Cesário Barreto de Lima, Avenida Criança Dante Valério, 481

Fone: (88) 3619-1167 | E-mail: administracao@forquilha.ce.gov.br

www.forquilha.ce.gov.br





- 6.7. Todos aqueles que preencherem os requisitos dispostos neste edital terão suas propostas de credenciamento acatadas, sendo submetidas à Ratificação da autoridade competente.
- 6.8. Havendo a RATIFICAÇÃO, o credenciado será chamado para assinatura do respectivo TERMO DE CREDENCIAMENTO no prazo máximo de 05 (cinco) dias, a contar da convocação, sob pena de decadência.
- 6.9. Os CREDENCIADOS farão parte de um banco de pretensos prestadores de serviço.
- 6.10. A assinatura do TERMO DE CREDENCIAMENTO, por si só, não garante ao signatário o direito à contratação, apenas mera expectativa de direito de contratar, sendo certo que eventual convocação para celebração de contrato está subordinada ao juízo de conveniência e oportunidade da Administração Pública.
- 6.11. O credenciado, devidamente convocado, deverá assinar o CONTRATO no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da convocação, sob pena de decadência do direito de contratação.
- 6.12. É facultado à Administração Pública proceder à contratação somente dos prestadores necessários ao suprimento de sua demanda e de acordo com o saldo orçamentário disponível, convocando os interessados, devidamente credenciados, para assinatura do CONTRATO.
- 6.13. Nos casos em que houver mais de uma pessoa jurídica habilitada, e em virtude de possível diluição de processos, por múltiplos prestadores de serviços, tornar ineficiente e pouco atrativa a contratação, a Administração Pública poderá fixar um número limitado de credenciados, de modo a viabilizar a ideia de credenciamento.
- 6.14. No momento da convocação para contratação, será observado o banco de prestadores de serviços já credenciados, respeitada a seguinte ordem de critérios de avaliação, conforme os Acórdãos 533/2022-Plenário (relator: Ministro Antônio Anastasia) e 532/2015-Plenário (relator: Ministro José Múcio Monteiro), ambos do Tribunal de Contas da União-TCU:
- a) **Os interessados credenciados terão preferência de contratação respeitada a ordem cronológica de Credenciamento.**
  - b) **Maior relação de profissionais médicos, formalmente vinculados à pessoa jurídica, à disposição para prestar os serviços e que cumpram os requisitos constantes no Termo de Referência do Edital.**
  - c) **Maior valor líquido a ser pago ao profissional, aferido conforme planilha de custos apresentada pelo Credenciado.**

## 7. DO DESCREDENCIAMENTO

- 7.1. O presente credenciamento tem caráter precário, por isso a qualquer momento, o credenciado ou a Administração Pública poderá denunciar o credenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas neste Edital e na legislação pertinente ou no interesse do credenciado, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa.
- 7.2. A Administração Pública ou o credenciado que desejar solicitar o descredenciamento deverá fazê-lo mediante aviso escrito à parte interessada, com antecedência mínima de trinta (30) dias consecutivos.

## 8. PAGAMENTO



- 8.1. O pagamento será efetuado, mensalmente, após 05 dias da data da apresentação da nota fiscal, na conta corrente informada, agência e Banco, mediante nota de prestação de serviço que deverá ser enviada para a Prefeitura Municipal de **Forquilha**, tendo em conta os serviços efetivamente realizados.
- 8.2. Os credenciados deverão apresentar os documentos fiscais de quitação junto às Fazendas Federa, Estadual, Municipal, Trabalhista e FGTS, por ocasião da apresentação da Nota Fiscal.

## 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. A empresa interessada em se credenciar poderá indicar profissionais não integrantes do quadro societário, para prestarem os devidos plantões, desde que comprove vínculo empregatício do referido profissional com a mesma, que poderá ser através de carteira assinada, ato constitutivo ou contrato de prestação de serviço.
- 9.2. A Administração poderá **ENCAMINHAR NOTIFICAÇÕES POR E-MAIL**, possibilitando a abertura de procedimentos administrativos.

## 10. ANEXOS DO EDITAL

10.1. Este edital de credenciamento contém os seguintes anexos:

- ANEXO I – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO;
- ANEXO II – TERMO DE REFERÊNCIA;
- ANEXO III – CARTA PROPOSTA
- ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DOS TERMOS DO EDITAL E SEUS ANEXOS;
- ANEXO V – DECLARAÇÃO RELATIVA AO TRABALHO DE EMPREGADO MENOR;
- ANEXO VI – MODELO DA PROPOSTA DE PREÇO;
- ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE;
- ANEXO VIII – MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO;
- ANEXO IX – MINUTA DO CONTRATO;

**Forquilha-CE**, 18 de julho de 2022.

EVELINE MARIA RANGEL  
ARAÚJO  
RODRIGUES:11475897381

Assinado digitalmente por  
EVELINE MARIA RANGEL  
ARAÚJO  
RODRIGUES:11475897381  
Data: 2022.07.18 11:43:03  
-0500

Eveline Maria Rangel Araújo Rodrigues  
**Secretária e Ordenadora de Despesas da Secretaria Municipal de Saúde do  
Município de Forquilha-CE**



**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**

Pessoa Jurídica \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: Comercial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



## ANEXO II

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### 1. OBJETO

O presente Termo tem por objeto definir o conjunto de elementos técnicos que nortearão os procedimentos administrativos para o **CHAMAMENTO PÚBLICO** destinado a Contratação de pessoa(s) jurídica(s) de direito privado, mediante **Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) de direito privado para a prestação de serviços médicos visando à assistência complementar aos usuários do sus no pronto atendimento e unidades básicas de saúde para a realização de atendimento médico ambulatorial, procedimentos cirúrgicos e demais atendimentos que se fizerem necessários para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Forquilha-CE**, de acordo com os Quantitativos e Especificações constantes neste Termo.

#### 2. FUNDAMENTO LEGAL

A contratação do presente objeto fundamenta-se nos arts. 197 e 199 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, normas do Sistema Único de Saúde, Lei Federal nº 8.080/90 (SUS), Lei Federal nº 8.142/90 (Gestão do SUS), Lei Orgânica do Município de **Forquilha** ("Art. 12 da Lei Orgânica Municipal em seu inciso VIII) e Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS) e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações.

#### 3. JUSTIFICATIVA

Está previsto constitucionalmente que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Caberá a esta municipalidade, conforme disposto no "Art. 12 da Lei Orgânica Municipal em seu inciso VIII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população".

Assim sendo, considerando as informações e documentos acima referidos, conclui-se que o Município de **Forquilha** tem promovido diversas ações estratégicas com vistas a reorientar o modelo de gerenciamento dos serviços de saúde, buscando atingir novos patamares de prestação dos serviços para proporcionar otimização do uso dos recursos públicos e economia nos processos de trabalhos associados à elevada satisfação do usuário, razão pela qual se justifica o presente Chamamento Público para credenciamento de empresas interessadas em prestar serviços médicos de alto nível e qualidade segura no âmbito da rede SUS no município de Forquilha.

#### 4. PLANILHA DE QUANTITATIVOS E ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

##### 4.1. AS FUNÇÕES DE MÉDICO SERÃO NAS SEGUINTE ÁREAS E QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS (VALORES DEVERÃO SER EXPRESSOS EM R\$ - REAIS):



ITEM	ESPECIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	QUANT. DE PROF.	UNIDADE	QUANT. ESTIMA DA POR MÊS	QUANT. ESTIMA DA POR ANO	VALOR MÉDIO UNITÁRIO	VALOR MÉDIO TOTAL
01	MÉDICO PLANTONISTA – MÉDICO GENERALISTA	09	PLANTÃO DE 12 H	60	720	1.380,00	993.600,00
02	MÉDICO CLÍNICO ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	07	SERVIÇO	07	84	15.500,00	1.302.000,00
03	MÉDICO CIRURGIÃO	01	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	24	312	203,33	63.438,96
04	DIREÇÃO CLÍNICA	01	SERVIÇO	01	12	5.966,67	71.600,04
05	DIREÇÃO TÉCNICA	01	SERVIÇO	01	12	6.000,00	72.000,00
06	AUDITORIA	01	SERVIÇO	01	12	5.983,33	71.799,96
<b>VALOR GLOBAL ESTIMADO</b>							<b>2.574.438,96</b>

#### 4.2. DAS CONDIÇÕES:

CLASSE	MODALIDADE	ATRIBUIÇÕES	REQUISITOS
ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PACIENTE NA CLÍNICA MÉDICA, NA OBSERVAÇÃO E NA EMERGÊNCIA. (Plantão Médico no Pronto Atendimento de Forquilha)	PLANTÃO MÉDICO PRESENCIAL CONFORME ESCALA MENSAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Responsável pela avaliação, evolução e prescrição médica, na esfera ambulatorial e hospitalar;</li> <li>✓ Realizar procedimentos ambulatoriais e pequenas intervenções cirúrgicas e exames, conforme o caso;</li> <li>✓ Realizar assistência ao paciente em Urgência e Emergência;</li> </ul>	<p>a. Diploma de medicina, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), aprovado ou concluída;</p> <p>b. Registro no Conselho Regional de Medicina do Ceará – CRM/CE.</p>
ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE-APS	SERVIÇO REALIZADO DURANTE MÊS	<p>Atribuições determinadas pela Portaria nº 2.436, de 21/09/2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;</li> <li>✓ Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;</li> <li>✓ Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto</li> </ul>	<p>a. Diploma de medicina, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), aprovado ou concluída;</p> <p>b. Registro no Conselho Regional de Medicina do Ceará – CRM/CE.</p>



		<p>aos demais membros da equipe;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;</li><li>✓ Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;</li><li>✓ Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e</li><li>✓ Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.</li></ul>	
ATIVIDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA CIRÚRGICA	INTERVENÇÃO CIRÚRGICA REALIZADA EM PACIENTES DURANTE O MÊS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Responsável pela realização de consultas e tratamento médico prestados a pacientes com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos.</li></ul>	<p><b>a.</b> Diploma de medicina, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), aprovado ou concluída;</p> <p><b>b.</b> Registro no Conselho Regional de Medicina do Ceará – CRM/CE.</p>
SERVIÇOS DE DIREÇÃO CLÍNICA	SERVIÇO REALIZADO DURANTE O MÊS	<p>Deveres descritos na Resolução do CFM nº 2.147/2016:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição;</li><li>✓ Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;</li><li>✓ Zelar pelo fiel cumprimento do</li></ul>	<p><b>a.</b> Diploma de medicina, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), aprovado ou concluída;</p> <p><b>b.</b> Registro no Conselho Regional de Medicina do Ceará – CRM/CE.</p>



		<p>Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;</li><li>✓ Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário;</li><li>✓ Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;</li><li>✓ Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.</li></ul>	
SERVÇOS DE DIREÇÃO TÉCNICA	SERVIÇO DE REALIZADO DURANTE MÊS	<p>Deveres descritos na Resolução do CFM nº 2.147/2016:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;</li><li>✓ Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;</li><li>✓ Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;</li><li>✓ Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM nº 2.056, de 20/09/2013;</li><li>✓ Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;</li></ul>	<p>a. Diploma de medicina, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), aprovado ou concluída;</p> <p>b. Registro no Conselho Regional de Medicina do Ceará – CRM/CE.</p>



		<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de qualquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;</li><li>✓ Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;</li><li>✓ Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;</li><li>✓ Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;</li></ul>	
SERVIÇOS DE AUDITORIA MÉDICA E DE SAÚDE	SERVIÇO REALIZADO DURANTE O MÊS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Realizar avaliação e auditoria dos processos, bem como a proposição de processos de trabalho que alcancem maior segurança ao paciente e que permitam o uso racional de insumos, medicamentos e materiais, conforme o caso;</li><li>✓ Examinar e validar serviços e procedimentos de saúde em sistema de regulação, controle e avaliação disponibilizado pelo município;</li></ul>	<p>a. Diploma de medicina, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), aprovado ou concluída;</p> <p>b. Registro no Conselho Regional de Medicina do Ceará – CRM/CE.</p>

#### 4.3. Detalhamento da unidade "Serviço"

4.3.1. O conceito de serviço compreende todo contato direto do médico especialista com usuário, em ambiente hospitalar ambulatorial (agendado, programado, eletivo), através de consultas médicas, elaboração de plano terapêutico, realização e/ou avaliação de exames preventivos e diagnósticos, referência e contra referência, realização de pequenos procedimentos ou contato indireto através da avaliação de indicadores, planejamento de ações estratégicas, bem como auditoria, auditoria e avaliação de procedimentos e serviços. O serviço é oferecido conforme demanda de saúde da população, a qual é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes, por meio dos serviços oferecidos.



4.3.2. No que concerne ao plantão, o Conselho Federal de Medicina-CFM define como atividade médica em serviço que precisa funcionar de forma ininterrupta. Através do plantão médico, se garante a continuidade da assistência médica (urgência e emergência, observação, internamento, procedimento cirúrgico etc.).

4.3.3. Cada serviço é oferecido à população por tempo mínimo de 6 (seis) horas (consecutivas) de atendimento, seja no formato presencial seja no formato de telemedicina, sob demanda da Secretaria da Saúde, quanto ao agendamento de pacientes, e os plantões correspondem ao trabalho prestado pelo médico, ao município e de forma ininterrupta, por tempo de 12 (doze) horas.

4.3.4. Nesse termo técnico, informe-se que os serviços correspondem às especialidades médicas as quais foram definidas em conteúdo e quantidade respeitando (a) à necessidade de saúde da população: morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) as características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas da população e (c) à organização e os recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos), remuneração, acesso geográfico e social.

**Forquilha-CE**, 18 de julho de 2022.

---

Eveline Maria Rangel Araújo Rodrigues  
**Secretária e Ordenadora de Despesas da Secretaria Municipal de Saúde do  
Município de Forquilha-CE**



**ANEXO III**  
**CARTA PROPOSTA**

À Comissão Permanente de Licitação  
Secretaria Municipal de Saúde  
Chamada Pública Nº PMF-22.07.07.01-C.P..

**OBJETO:** CREDENCIAMENTO DE PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PRIVADO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS VISANDO À ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR AOS USUÁRIOS DO SUS NO PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DEMAIS ATENDIMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORQUILHA-CE.

Requerente: (Nome da Empresa)  
CNPJ Nº: \_\_\_\_\_

O (PROPONENTE), com sede \_\_\_\_\_, inscrita com o CNPJ nº \_\_\_\_\_, por meio de seu representante legal, Sr.(a) \_\_\_\_\_, ocupando o cargo de \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, demonstra interesse em no CREDENCIAMENTO para executar os seguintes serviços:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID	QUANTIDADE

DECLARO, para os devidos fins, que tenho conhecimento das normas, instruções e do Projeto Básico, comprometendo-me a cumpri-las.

Estou ciente de que a assinatura do TERMO DE CREDENCIAMENTO, por si só, não me garante o direito à contratação, mas apenas a mera expectativa de direito, sendo certo que, eventual convocação para celebração de contrato está subordinada ao juízo de conveniência e oportunidade da Administração Pública.

Assumo, desde logo, o compromisso de bem e fielmente executar os serviços nos quais solicito o credenciamento, caso seja eventualmente contratado(a), seguindo as orientações emanadas da Administração Municipal, do presente procedimento e da legislação em vigor.

Na oportunidade, solicito a juntada e análise dos documentos em anexo, para fins de comprovação dos requisitos exigidos no instrumento convocatório.  
Espera deferimento.

\_\_\_\_\_ - CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
**PROPONENTE**



**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DOS TERMOS DO EDITAL E SEUS ANEXOS**

À Comissão Permanente de Licitação  
Secretaria Municipal de Saúde  
CHAMADA PÚBLICA Nº PMF-22.07.07.01-C.P.

**OBJETO:** CREDENCIAMENTO DE PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PRIVADO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS VISANDO À ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR AOS USUÁRIOS DO SUS NO PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DEMAIS ATENDIMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORQUILHA-CE.

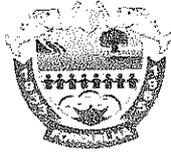
Requerente: (Nome da Empresa)  
CNPJ Nº: \_\_\_\_\_

O (PROPONENTE), com sede \_\_\_\_\_, inscrita com o CNPJ nº \_\_\_\_\_, por meio de seu representante legal, Sr.(a) \_\_\_\_\_, ocupando o cargo de \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARA** que, tomou conhecimento da integridade da CHAMADA PÚBLICA Nº \_\_\_\_\_, que trata da CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA OS INTERESSADOS QUE QUEIRAM SE CREDENCIAR COM VISTAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE **FORQUILHA** /CE, inclusive de todos seus anexos e esclarecimentos posteriores, que tem pleno conhecimento do seu conteúdo e determinações.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Nome e carimbo do representante legal

(Emitir em papel timbrado da Empresa)



**ANEXO V**  
**DECLARAÇÃO RELATIVA AO TRABALHO DE EMPREGADO MENOR**

À Comissão Permanente de Licitação  
Secretaria Municipal de Saúde  
CHAMADA PÚBLICA Nº PMF-22.07.07.01-C.P.

**OBJETO:** CREDENCIAMENTO DE PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PRIVADO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS VISANDO À ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR AOS USUÁRIOS DO SUS NO PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DEMAIS ATENDIMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORQUILHA-CE.

Requerente: (Nome da Empresa)  
CNPJ Nº: \_\_\_\_\_

O (PROPONENTE), com sede \_\_\_\_\_, inscrita com o CNPJ nº \_\_\_\_\_, por meio de seu representante legal, Sr.(a) \_\_\_\_\_, ocupando o cargo de \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V, do art. 27, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei Federal nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, menores de dezoito anos e em qualquer trabalho, menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2022.

Nome e carimbo do representante legal

(Emitir em papel timbrado da Empresa)



**ANEXO VI**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇO**

À Comissão Permanente de Licitação  
Secretaria Municipal de Saúde  
CHAMADA PÚBLICA Nº PMF-22.07.07.01-C.P.

**OBJETO:** CREDENCIAMENTO DE PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PRIVADO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS VISANDO À ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR AOS USUÁRIOS DO SUS NO PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DEMAIS ATENDIMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORQUILHA-CE.

Requerente: (Nome da Empresa)  
CNPJ Nº: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO:

FONE:

EMAIL:

PESSOA PARA CONTATO:

Valor estimado mensal: R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_  
perfazendo o valor anual estimado de R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_).

Prazo de validade da Proposta: 90 (noventa) dias.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2022.

Nome e carimbo do representante legal

(Emitir em papel timbrado da Empresa)



**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

À Comissão Permanente de Licitação  
Secretaria Municipal de Saúde  
CHAMADA PÚBLICA Nº PMF-22.07.07.01-C.P.

**OBJETO:** CREDENCIAMENTO DE PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PRIVADO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS VISANDO À ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR AOS USUÁRIOS DO SUS NO PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DEMAIS ATENDIMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORQUILHA-CE.

Requerente: (Nome da Empresa)

CNPJ Nº: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO:

FONE:

EMAIL:

PESSOA PARA CONTATO:

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, \_\_\_\_\_, brasileiro, portador da Carteira de Identidade/RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, **DECLARA** não ter recebido do Município de **Forquilha** /CE ou de qualquer outra entidade da Administração Direta ou Indireta, no âmbito federal, estadual ou municipal, **SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO ATENDIMENTO** pelo Município de **Forquilha** -CE e ou impedimento de contratar com a Administração, assim como não ter recebido declaração de **INIDONEIDADE** para licitar e ou contratar com a Administração Federal, Estadual ou Municipal.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2022.

Nome e carimbo do representante legal

(Emitir em papel timbrado da Empresa)

Paço Municipal Deputado Cesário Barreto de Lima, Avenida Criança Dante Valério, 481

Fone: (88) 3619-1167 | E-mail: administracao@forquilha.ce.gov.br

www.forquilha.ce.gov.br



**ANEXO VIII**

**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO**

**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº \_\_\_\_\_ QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE FORQUILHA E \_\_\_\_\_ PARA O OBJETO QUE NELE DECLARA.**

**O MUNICÍPIO DE FORQUILHA-CE**, através da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de um lado, sediada à Avenida Criança Dante Valério, nº 481, Centro, CEP: **62.215-000, Forquilha-CE**, com CNPJ: **07.673.106/0001-03**, neste ato representada pela Secretária de Saúde, a Sra. **Eveline Maria Rangel Araújo Rodrigues**, doravante denominado(as) CREDENCIANTE, e de outro lado, \_\_\_\_\_, com sede em \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP.: \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, Tel: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, neste ato representado pelo seu \_\_\_\_\_, o Sr. \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, doravante denominada EMPRESA CREDENCIADA, firmam entre si o presente TERMO DE CREDENCIAMENTO mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO FUNDAMENTO LEGAL**

1.1. O presente Termo de Credenciamento é celebrado em decorrência do Processo de Chamada Pública nº PMF-22.07.07.01-C.P. e rege-se pelas disposições constantes na Lei federal nº 8.666/93, alterada – Lei de Licitações Públicas.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO**

2.1. O presente Termo de Credenciamento tem por objeto proceder ao CREDENCIAMENTO DE PESSOA(S) JURÍDICA(S) DE DIREITO PRIVADO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS VISANDO À ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR AOS USUÁRIOS DO SUS NO PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DEMAIS ATENDIMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORQUILHA-CE, para compor o banco de pretensos e eventuais prestadores de serviço especializados de saúde conforme quadro abaixo:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	QUANT. DE PROF.	UNIDADE	QUANT. ESTIMA DA POR MÊS	QUANT. ESTIMA DA POR ANO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01	MÉDICO PLANTONISTA – MÉDICO GENERALISTA	09	PLANTÃO DE 12 H	60	720		
02	MÉDICO CLÍNICO ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	07	SERVIÇO	07	84		

Paço Municipal Deputado Cesário Barreto de Lima, Avenida Criança Dante Valério, 481

Fone: (88) 3619-1167 | E-mail: administracao@forquilha.ce.gov.br

www.forquilha.ce.gov.br



03	MÉDICO CIRURGIÃO	01	PROCEDIMENT O CIRÚRGICO	24	312			
04	DIREÇÃO CLÍNICA	01	SERVIÇO	01	12			
05	DIREÇÃO TÉCNICA	01	SERVIÇO	01	12			
06	AUDITORIA	01	SERVIÇO	01	12			
<b>VALOR GLOBAL</b>								

### CLÁUSULA TERCEIRA – DO PRAZO DE VIVÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

- 3.1. O prazo de vigência deste Termo de Credenciamento é de 12 (doze) meses.
- 3.2. Os contratos decorrentes deste Termo obedecerão às disposições normativas estabelecidas no artigo 57 da Lei 8.666/93, alterada e consolidada, podendo ter sua duração prorrogada na forma da Lei.

### CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

- 4.1. As partes se obrigam reciprocamente a cumprir, integralmente, as disposições do processo de Chamada Pública e da Lei federal nº 8.666/93, alterada e consolidada.
- 4.2. O CREDENCIADO ainda se obriga a:
- 4.2.1. Manter sempre atualizado o seu credenciamento junto ao setor competente;
- 4.2.2. Manter sempre a qualidade na prestação de serviços;
- 4.2.3. Notificar o CREDENCIANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CREDENCIANTE, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;
- 4.2.4. Assinar o CONTRATO, quando convocado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, sob pena de decadência do direito de contratação.

### CLÁUSULA QUINTA – DO DESCREDENCIAMENTO

- 5.1. O presente credenciamento tem caráter precário, por isso a qualquer momento, o credenciado ou a Administração Pública poderá denunciar o credenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas neste Edital e na legislação pertinente ou no interesse do credenciado, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa.
- 5.2. A Administração Pública ou o credenciado que desejar solicitar o descredenciamento deverá fazê-lo mediante aviso escrito à parte interessada, com antecedência mínima de trinta (30) dias consecutivos.

### CLÁUSULA SEXTA – DA CONTRATAÇÃO

- 6.1. A assinatura do presente Termo de Credenciamento, por si só, não garante ao CREDENCIADO direito à contratação mas apenas a mera expectativa de direito, sendo certo que eventual contratação para celebração de contrato está subordinada ao juízo de conveniência e oportunidade da Administração Pública.
- 6.2. O credenciado devidamente convocado deverá assinar o CONTRATO no prazo máximo de 05 (cinco) dias, a contar da convocação, sob pena de decadência do direito de contratação.

### CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO

- 7.1. Fica eleito o Foro da Comarca de **Forquilha** –CE, excluindo-se a quaisquer outros por mais privilegiados que sejam, para dirimir quaisquer questões oriundas deste termo de



Credenciamento, em obediência ao disposto no §2º do artigo 55 da Lei nº 8.666/93, alterada e consolidada.

Assim pactuadas, as partes firmam o presente instrumento, lavrado no Procuradoria Municipal, perante testemunhas que também o assinam, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Forquilha -CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
**Eveline Maria Rangel Araújo Rodrigues**  
**Secretário da Saúde do Município de Forquilha -CE**

\_\_\_\_\_  
[Nome do representante da empresa]  
[Razão Social da empresa]

TESTEMUNHAS:

1. \_\_\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_



## ANEXO IX

### MINUTA DE CONTRATO

**CONTRATO Nº \_\_\_\_\_ QUE  
ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE  
FORQUILHA E  
\_\_\_\_\_, PARA  
O OBJETO QUE NELE DECLARA.**

**O MUNICÍPIO DE FORQUILHA -CE.,** através da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de um lado, sediada à Avenida Criança Dante Valério, nº 481, Centro, CEP.: **62.215-000, Forquilha -CE,** com CNPJ: **07.673.106/0001-03,** neste ato representada pela Secretária de Saúde, a Sra. **Eveline Maria Rangel Araújo Rodrigues,** doravante denominado(as) **CONTRATANTE(S),** e de outro \_\_\_\_\_, com sede em \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP.: \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, Tel: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, neste ato representado pelo seu \_\_\_\_\_, o Sr. \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, doravante denominado **CONTRATADO,** resolvem celebrar o presente Contrato, sob o Regime de Execução de Empreitada por Preço Unitário, tendo em vista o resultado da licitação sob a modalidade de \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, tudo de conformidade com a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações, mediante as Cláusulas e condições a seguir expressas, que reciprocamente outorgam e aceitam:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

Fundamenta-se o presente Contrato na proposta apresentada pela **CONTRATADA** e no procedimento de licitação acima mencionado, devidamente homologado/ratificado pelo Secretário acima citado.

Casos omissos serão resolvidos pelo Secretário da Saúde, mediante aplicação de legislação pertinente.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO**

Constitui objeto deste termo o **Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) de direito privado para a prestação de serviços médicos visando à assistência complementar aos usuários do SUS no pronto atendimento e unidades básicas de saúde para a realização de atendimento médico ambulatorial, procedimentos cirúrgicos e demais atendimentos que se fizerem necessários para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Forquilha-CE,** de acordo com o Termo de Referência constante do Anexo II do procedimento de licitação.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES**

Paço Municipal Deputado Cesário Barreto de Lima, Avenida Criança Dante Valério, 481  
Fone: (88) 3619-1167 | E-mail: administracao@forquilha.ce.gov.br  
www.forquilha.ce.gov.br



## I - DA CONTRATANTE

1. Efetuar o pagamento correspondente ao valor da execução dos serviços, de conformidade com o disposto na Cláusula Quarta;
2. Atestar o recebimento dos serviços, após a verificação da eficiente execução de todos os serviços, através do Setor responsável. Após a devida conferência, não sendo constatado qualquer defeito nos mesmos será atestado o recebimento. Na constatação de problema na prestação dos serviços, será obrigatória a reparação, para ser concretizada a liquidação da respectiva fatura;
3. Definir as escalas e locais de trabalho por meio da Secretaria Municipal de Saúde;
4. Fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação e descumprimento das cláusulas contratuais, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;
5. Acompanhar a execução dos serviços credenciados por meio de avaliações periódicas e outras atividades correlatas;
6. Notificar o(a) contratado(a) de qualquer irregularidade encontrada na prestação dos serviços;
7. Proporcionar todas as facilidades indispensáveis ao bom cumprimento das obrigações assumidas pelo(a) credenciado(a)/contratado(a);
8. Fornecer atestados de capacidade técnica quando solicitados, desde que atendidas às obrigações assumidas neste Edital; e
9. Remunerar, através de plantão, os profissionais médicos que realizarem atividades extraordinárias e essenciais ao regular funcionamento dos serviços administrativos de auditoria, de avaliação e/ou de regulação ou qualquer outro serviço demandado, sempre no interesse do sistema público de saúde municipal.

## II - DA CONTRATADA

1. Executar o objeto de acordo com as normas da ABNT, do SUS e de acordo com o Termo de Referência constante do Anexo II do procedimento de licitação;
2. Responsabilizar-se por quaisquer danos causados aos seus prepostos ou a terceiros durante a execução do objeto contratado;
3. Responsabilizar-se pelo pagamento de seus impostos, tributos e principalmente pelo pagamento dos encargos trabalhistas e previdenciários devidos;
4. Responsabilizar-se pela solidez, segurança e garantia do objeto contratado, à luz do Código Civil Brasileiro;
5. Manter durante toda a execução deste termo compatibilidade com as obrigações assumidas, em especial as condições de HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO exigidas na contratação;
6. Faturar o objeto diretamente à CONTRATANTE, vedado o faturamento via terceiros;
7. Responder às solicitações de informações e/ou de documentos necessários;
8. Justificar ao gestor de sua área, indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, sobre eventuais motivos de força maior que impeçam a execução dos serviços;
9. Responsabilizar-se integralmente pela execução dos serviços, nos termos fixados neste Edital e na legislação vigente;



10. Conduzir os trabalhos em total consonância às necessidades das atividades da unidade de atendimento, de modo a não causar transtornos ao andamento normal de seus serviços;
11. Manter as informações e dados das unidades de atendimento em caráter de confidencialidade e sigilo, ficando proibida a sua divulgação para terceiros, exceto se houver prévia autorização;
12. Observar o estrito atendimento dos valores estabelecidos no Edital e os compromissos morais que devem nortear as ações do credenciado e a conduta no exercício das atividades previstas do Contrato;
13. Registrar regularmente, através do profissional da empresa credenciada, nos documentos de rotina, os procedimentos realizados, tais como: prontuário, prescrição de exames, medicamentos, entre outros.
14. Conhecer e obedecer a todas as normativas previstas na Política Nacional de Humanização. Qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços diretamente ao usuário dará causa a instauração de processo administrativo para aplicação das sanções previstas na Lei nº 8.666/93, garantida defesa na forma da lei;
15. Atuar, através dos seus profissionais, no estabelecimento de saúde indicado neste Edital com profissionais com formação médica e, se for o caso, especialidade, de acordo com as necessidades dos serviços;
16. Substituir o profissional em eventual falta, sendo admitida faltas ao serviço em situação excepcional e devidamente justificada;
17. Atentar às seguintes determinações:
  - a) As determinações e normas da Comissão de Ética Médica do CFM;
  - b) O cumprimento dos protocolos do Ministério da Saúde estabelecidos para atender às epidemias, endemias e controles específicos de saúde pública;
  - c) O atendimento quanto aos fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
18. Informar mensalmente o cumprimento da produção mensal do profissional médico à Secretaria de Saúde;
19. Observar integralmente as normas e os protocolos técnicos e operacionais de atendimento e regulamentos estabelecidos pelos gestores do SUS, bem como protocolos internos da instituição, onde a prescrição de exames, materiais, próteses e procedimentos devem se conformar, se possível for, àqueles preconizados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Materiais Especiais do SUS e, na vigência deste instrumento, suas atualizações, e aos casos em que o Poder Público Municipal, Estadual ou Federal possua rotina de fornecimento, se for viável, considerando as condutas médicas;
20. Comparecer ao local de trabalho, através do profissional da empresa, trajado de forma adequada, com identificação, bem como obrigatório o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual), retirada de adornos e uso de sapatos fechados nas suas atividades dentro da instituição;
21. Participar de reuniões científicas, palestras e cursos, quando convocado;
22. Iniciar a prestação de serviços de acordo com a escala de trabalho elaborada pelo profissional responsável;
23. Cumprir a escala de plantões e/ou atendimentos ambulatoriais estabelecida pela Direção do local de trabalho;
24. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
25. Elaborar registro no prontuário do paciente dos atendimentos efetuados, inclusive em prontuário eletrônico, caso exista;



26. Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional, necessários à execução dos procedimentos previstos neste instrumento;
27. Informar, imediatamente, o óbito do usuário à sua família e/ou ao seu responsável; e
28. Comunicar ao Município qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente termo.

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

4.1. O valor GLOBAL do presente contrato é de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), perfazendo os seguintes valores:

**(Colocar a tabela com os serviços e valores)**

4.2. O pagamento será efetuado até o 5º (quinto) dia da prestação dos serviços, após comprovada a efetiva execução do objeto, mediante a apresentação das respectivas notas fiscais/faturas.

4.3. Os preços serão **FIXOS E REAJUSTÁVEIS**, mediante novo procedimento de pesquisa de mercado para fixação de novos valores aos serviços executados.

4.4. A atualização financeira dos valores a serem pagos, em virtude de inadimplemento pela contratante, será efetuada através do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), *pro rata temporis*, desde a data final do período do adimplemento até a data do efetivo pagamento, desde que comprove que o contratante é o único responsável pelo atraso.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA FONTE DE RECURSOS**

Os Recursos Financeiros necessários para custear as despesas referentes à presente Licitação serão oriundos do Orçamento da(s) seguinte(s) secretaria(s) e respectiva(s) rubrica(s) orçamentária(s):

**PAB – 06.04.10.301.1001.2.024**

**MAC – 06.04.10.302.1003.2.025**

**ELEMENTO DE DESPESAS: 3.3.90.39.00 – OUTROS SERV. DE TERC. PESSOA JURIDICA**

#### **CLÁUSULA SEXTA - DOS PRAZOS, VIGÊNCIA E EXECUÇÃO**

6.1. O prazo para início da prestação dos serviços do objeto será imediatamente após a homologação/ratificação do procedimento de licitação e a respectiva assinatura do termo contratual, vigorando por 12 (doze) meses, **PRORROGÁVEIS**, na forma da legislação em vigor.

6.2. O objeto será executado mensalmente, conforme as necessidades da Administração, sob regime de execução de preço unitário.



## CLÁUSULA SÉTIMA - DAS SANÇÕES CONTRATUAIS

7.1. A Contratada, em caso de inadimplência, sujeitar-se-á, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, ou ainda, das demais sanções previstas na legislação vigente, às seguintes penalidades:

- a) advertência;
- b) multa correspondente a 1% (hum por cento) do valor global do contrato, por dia de atraso no atendimento dos prazos estabelecidos, até o limite de 20% (vinte por cento) e multa de 10% (dez por cento) do valor global contratado no caso de descumprimento de qualquer outra cláusula contratual;
- c) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de até 02 (dois) anos;
- d) declaração de idoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

7.2. A Administração poderá ENCAMINHAR NOTIFICAÇÕES POR E-MAIL, possibilitando a abertura de procedimentos administrativos, tais como os de sanções por inadimplência contratual.

## CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO

A CONTRATANTE poderá rescindir administrativamente o presente Contrato nas hipóteses previstas nos Arts. 77 a 80 da Lei 8.666/93.

## CLÁUSULA NONA - DA FISCALIZAÇÃO

A execução contratual será acompanhada e fiscalizada pelo(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, especialmente designado(a) para este fim pela CONTRATANTE, de acordo com o estabelecido no art. 67 da Lei Federal nº 8.666/93, doravante denominado(a) simplesmente de FISCAL.

## CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de **Forquilha-CE**, excluindo-se a quaisquer outros por mais privilegiados que sejam, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Contrato e que não puderem ser resolvidas por meios administrativos. E, em estarem assim contratadas, assinam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual forma e teor, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o assinam, para que surta seus efeitos legais e jurídicos.

**Forquilha-CE**, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

**Eveline Maria Rangel Araújo Rodrigues**



**Secretário da Saúde do Município de Forquilha -CE**

\_\_\_\_\_

(Nome do Fiscal)  
Fiscal do Contrato

(Nome do Responsável)  
Contratado

TESTEMUNHAS:

1. \_\_\_\_\_  
CPF.:

2. \_\_\_\_\_  
CPF.: