



Estado de Goiás
Município de Alto Paraíso de Goiás
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

Contrato FMS nº. 001/2017

CONTRATO EMERGENCIAL DE SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM CARATER DE URGÊNCIA DE ACORDO COM A NORMATIZAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS. QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS-GO POR INTERMÉDIO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E ILTON BARBOSA DO AMARAL JUNIOR PELAS SEGUINTE CLÁUSULAS E CONDIÇÕES:

Contrato de Credenciamento que entre si fazem, de um lado **O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS**, CNPF nº 07.720.960/0001-75, com sede na rua São José Operário, s/n, bairro Paraisinho, CEP 73.770-000, neste ato representando por sua secretária, Sra. **Bruna Mara Campos do Nascimento**, brasileira, casada, RG 45.729.780-3 – SSP/SP e CPF 026.693.641-52, doravante denominado simplesmente **FUNDO**, e de outro lado Sr(a). **ILTON BARBOSA DO AMARAL JUNIOR**, brasileiro(a), residente e domiciliado(a) na Rua SQSW 102 BL K, S/N AP 207 – Setor Sudoeste – Brasília – DF, portador(a) da Carteira de Identidade nº. **2093994 SSP/DF**, CPF Nº. **968.351.921-00**, Conselho Regional de Enfermagem inscrito sob o nº. **401.679 COREN/GO**, doravante denominado (a) de **CONTRATADO (A)**, tem justo e contratado, o que mutuamente aceita e outorgam mediante as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA (FUNDAMENTO E OBJETO)

Constitui objeto do presente Termo de Credenciamento, conforme **INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 013/12, TCM, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2012**, a prestação de serviços profissionais de **ENFERMAGEM** pelo (a) **CONTRATADO (A)**, assim entendido, os de atendimento na **UNIDADE MISTA GUMERCINDO BARBOSA** e outros necessários e indispensáveis à execução do presente credenciamento.

CLÁUSULA SEGUNDA (DO VALOR ESTIMADO)

As partes contratantes ajustam como valor estimado pela execução do presente Termo de Credenciamento é de R\$ **20.000,00 (vinte mil reais)**.

CLÁUSULA TERCEIRA (DA FORMA DE PAGAMENTO)

- 1 - O **FUNDO** pagará mensalmente o **CONTRATADO** o valor correspondente à fatura apresentada, até o 10º (décimo) dia útil do mês seguinte, na tesouraria do **FUNDO**.
- 2 – A frequência deverá ser apresentada na tesouraria do **FUNDO** até o 10º (décimo) dia útil do mês seguinte ao vencido, impreterivelmente, sob pena da obrigação do pagamento recair no mês subsequente.
- 3 – O valor estimado a ser pago ao **CONTRATADO** será de acordo a produção/serviços prestados e terá como base os valores estipulados para os plantões aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;
- 4 – A critério do **FUNDO** poderá ser antecipado o pagamento do valor devido, mediante apresentação das competentes faturas.
- 5 – Não haverá reajuste do valor global, bem como atualização.

CLÁUSULA QUARTA (DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA)

Rua São José Operário s/n – Alto Paraíso de Goiás-GO – CEP 73.770-000 – Fone/Fax (62) 446-1074
E-mail: smsaltoparaísodegoiás@gmail.com – Contas Públicas www.portalpublico.com.br/pmaltoparaísodegoiás



Estado de Goiás
Município de Alto Paraíso de Goiás
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

As despesas com a execução deste credenciamento correrão à conta e custa da Dotação Orçamentária 10.302.0210.2-032.3.3.90.36.00.00.

CLÁUSULA QUINTA (DA VIGÊNCIA)

Este Contrato Emergencial vigorará pelo prazo de 03 meses, compreendido o período de **04/01/2017** (quatro de janeiro de dois mil e dezessete) a **31/03/2017** (trinta e um de março de dois mil dezessete).

CLÁUSULA SEXTA (DAS TAXAS FISCAIS E ENGARGOS SOCIAIS)

O CONTRATADO se sujeita os descontos de importância referente ao INSS, IRRF e ISSQN previstos em lei.

Todos os encargos sociais da mão-de-obra auxiliar correrão por conta do CONTRATADO.

CLÁUSULA SÉTIMA (DO VÍNCULO)

A prestação dos serviços ora contratados não implica vínculo empregatício.

CLÁUSULA OITAVA (DAS MULTAS)

Ressalvados os casos de força maior, devidamente comprovado pelo FUNDO, o CONTRATADO (A) incorrerá em multa quando:

- 1 – Pela inobservância das especificações das drogas ministradas, receitadas ou aplicadas, pela prática de irregularidades ou omissões na execução dos serviços, a multa conforme legislação vigente, calculada sobre o valor global estimada do presente Termo de Credenciamento, sem prejuízo das implicações legais e das penas previstas no Código de Ética de Medicina.
- 2 – Quando o CONTRATADO (A), durante a execução do presente Termo, cometer ato doloso, culposo, simulação ou fraude nos serviços profissionais prestados, a multa será conforme Legislação Vigente, calculada sobre o valor global estimado do presente ajuste.
- 3 – Pelo não atendimento às guias próprias expedidas pelo FUNDO, assim entendidas como atendimentos extras, a multa será conforme Legislação Vigente, calculada sobre o valor global estimado do presente ajuste.
- 4 – Pela emissão de fatura/recibo pela CONTRATADO (A) em valor maior que o efetivamente devido pelo FUNDO, após verificação em regular processo administrativo, com direito a ampla defesa pelo (a) CONTRATADO (A), cuja decisão será irreversível, a multa será conforme Legislação Vigente, calculada sobre o valor da fatura/recibo apresentada.
- 5 – O não pagamento pelo FUNDO das faturas/recibo em seus vencimentos, sendo esta apresentada em prazo regular, ao FUNDO incorrerá em multa conforme Legislação Vigente, e juros de mora, calculados sobre o valor da fatura devida, sem prejuízo de correção monetária, cujo índice será oferecido pelo Governo Federal, até a data do efetivo pagamento.

CLÁUSULA NONA (DA RESPONSABILIDADE)

O CONTRATADO cometendo infração definida em Lei como crime ou contravenção, sujeitar-se-á as penas da lei, ainda, motivo relevante para a rescisão contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA (DA RESCISÃO)



Estado de Goiás
Município de Alto Paraíso de Goiás
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

O FUNDO poderá declarar rescindido o presente Termo de Credenciamento, independentemente de interposição ou procedimento judicial:

- 1 – Pelo não atendimento das guias próprias emitidas pelo FUNDO;
- 2 – Quando, pela reiteração de impugnações feitas pelo FUNDO, ficar evidenciada a incapacidade do (a) CONTRATADO (A) para executar ou prosseguir na execução do presente Termo de Credenciamento;
- 3 – Se o CONTRATADO (A) transferir a sua execução, no todo ou em parte, a qualquer outro profissional, por mais qualificado que seja.
- 4 – Poderá a qualquer tempo haver rescisão da presente avença, desde que não se faça mais presente o interesse de uma das partes, mediante acerto de contas pelo saldo da produtividade do mês, fica o FUNDO autorizado a cancelar o empenho.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA (DA PUBLICAÇÃO)

Publicação do presente instrumento se dará na imprensa oficial até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao da assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA (DO FORO)

As partes elegem o foro privativo e improrrogável do Município de Alto Paraíso de Goiás para dirimir as questões resultante do presente Contrato Emergencial, como renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por assim estando ajustados, assinam o presente Contrato Emergencial em 03 (três) vias, na presença das testemunhas abaixo.

Alto Paraíso de Goiás/GO, 04 de janeiro de 2017.

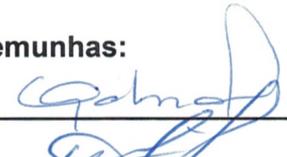


Bruna Mara Campos do Nascimento
Secretária Municipal de Saúde e Saneamento



Ilton Barbosa do Amaral Junior
968.351.921-00

Testemunhas:





CPF 768.720.091-87

CPF 850.806.811-68



Estado de Goiás
Município de Alto Paraíso de Goiás
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que exerço Função Pública () sim ou
(X) não, no órgão público _____ no cargo de
_____ no provimento
_____ e horário de trabalho

Por ser a expressão da verdade firmo o presente para que surta seus reais efeitos.

Alto Paraíso de Goiás – GO, 04 de janeiro de 2017.

Atenciosamente,

Ilton Barbosa do Amaral Junior
Contratado

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO | | |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO | | |
| VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1207964460 | NOME ILTON BARBOSA DO AMARAL JUNIOR | |
| |  | DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 2093994 SSP DF |
| | CPF 968.351.921-00 | DATA NASCIMENTO 19/03/1982 |
| | FILIAÇÃO ILTON BARBOSA DO AMARAL ILDA RIBEIRO DO AMARAL | |
| Nº REGISTRO 01402040697 | VALIDADE 01/12/2020 | 1ª HABILITAÇÃO 12/08/2000 |
| OBSERVAÇÕES A | | |
|  ASSINATURA DO PORTADOR | | |
| PROIBIDO PLASTIFICAR 1207964460 | LOCAL BRASILIA-DISTRITO FEDERAL, DF | DATA EMISSÃO 10/12/2015 |
| | Jayme  Diretor Geral Distrito Federal | 39154001608 DF743966643 |
| DETRAN-DF (DISTRITO FEDERAL) DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO | | |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN GO 000.401679

ENFERMEIRO

NOME
ILTON BARBOSA DO AMARAL JÚNIOR

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
BRASÍLIA
DF
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO DATA DE VALIDADE
19/03/1982 15/12/2021



Ilton
PRESIDENTE

V 06973020

FILIAÇÃO
ILTON BARBOSA DO AMARAL
ILDA RIBEIRO DO AMARAL



IDENTIDADE
2093994

ORGÃO EXPEDIDOR
SSP-DF

CPF
968.351.921-00

DATA DE EMISSÃO
15/12/2016



Ilton
ASSINATURA PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE
E TEM EFEITO PÚBLICO ATUAL DE Nº 305
DE 12/01/2013 E Nº 62.06 DE 07/05/19

PROIBIDO REPLICAR



Nº da Conta: 0295741196
Mês de referência: 01/2017
Período: 06/12/2016 a 05/01/2017
Data de emissão: 07/01/2017

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
SC/NORTE QD 04 BL B, nº 100 - Sala 1204
CEP 70.310-500 - Brasília - DF
I.E.: 738621800297
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0002-43

ILTON BARBOSA DO AMARAL JUNIOR
SQSW 102 BL K, S/N
AP 207
SETOR SUDOESTE
70670-211 BRASÍLIA - DF

Vencimento
21/01/2017

Total a Pagar - R\$
44,99

Seus Números Vivo
61-99992-1763

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aguarde informações referentes ao Vivo
Valoriza

| O que está sendo cobrado | Quantidade de Plano/Pacote | Quantidade de Números Vivo | Valor R\$ Plano/Pacote | Incluído Plano/Pacote | Utilizado Minutos/Unidades | Valor Total R\$ |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------|
| Serviços Contratados | | | | | | |
| VIVO MÓVEL | | | | | | |
| VIVO CONTROLE 1,5GB_50 MIN | 1 | 1 | 23,78 | - | - | 23,78 |
| Serviços Telefônica Brasil | - | - | 23,78 | - | - | - |
| ASSINATURA MENSAL | 1 | 1 | 21,21 | - | - | 21,21 |
| Subtotal | | | | | | 44,99 |
| TOTAL A PAGAR | | | | | | 44,99 |

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

Conforme Comunicado Público de 13/11/16, o STF decidiu que deve incidir ICMS na assinatura mensal sem franquias de minutos. As contas com vencimento a partir de 01/01/17 terão valor alterado. Saiba mais: vivo.tl/ass

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

ILTON BARBOSA DO AMARAL JUNIOR

Vencimento

21/01/2017

Total a Pagar - R\$

44,99

Cód. Débito Automático 0295741196-7

Nº da Conta 0295741196

Mês Referência 01/2017

846500000001

449900470013

102957411964

011741701210

Autenticação Mecânica





BRB

POUPANCA



6033
MEMBER
SINCE

08/15

GOOD
THRU

08/20

ALTON B D JUNIOR

MasterCard

debito



6033 2516 6113 9010

CURRICULUM PROFISSIONAL

Nome: Ilton Barbosa do Amaral Júnior
Endereço: SQSW Q. 102 B. K Apt°.: 207
Cidade: Brasília /DF
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Idade: 34 anos
Habilitação: Tipo de CNH - B (veículo próprio)
Telefone: 61 99992-1763
E-mail: enfermeiro07032012@gmail.com



Cargo Pretendido: Enfermeiro Plantonista

Objetivo

Atuar de forma responsável aplicando meus conhecimentos para a realização das atividades a mim designadas.

Perfil Profissional

Responsável, Organizado, capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade

Bacharelado em enfermagem pelo UniCEUB.

Cursos de Aperfeiçoamento

Pós-graduação em urgência e emergência pelo Instituto Health, em curso;

Pós-graduação em UTI pelo Instituto Health, em curso;

BLS (suporte básico de vida), pelo CEEN, em dezembro de 2016, em que possui a carteira com validade por 2 anos;

Curso de Emergência em Enfermagem - 120 horas - IBE - 4 de outubro de 2013;

Curso de Curativos - 120 horas - IBE - 5 de setembro de 2013;

I Simpósio Brasileiro de Prevenção e Cuidado em Feridas (20 horas) `` Um toque solidário no cuidar de feridas `` - dias 09,10 e 11 de setembro de 2009 em Brasília - DF;

IV Semana de Enfermagem - Campus do UniCEUB/DF - 08 a 12 de maio de 2006 - perfazendo 10 horas;

Projeto de Extensão, Enfermagem em Ação, - Escola Classe do SIA / Vila Estrutural / Federação Bandeirante Paranoá - 2005 a 2006 - totalizando 200 horas;

IV CONGRESSO UniCEUB DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (DF) - 03 a 07 de outubro de 2005 - carga horária: 6,7 horas aulas;

Curso de Primeiros Socorros e na III Semana de Enfermagem - UniCEUB - 12 de maio de 2005 - perfazendo 16 horas aulas.

Idiomas

Inglês - New say it - 140 horas - Cultura Inglesa - 15 de Abril de 2014;

Espanhol - nível básico (100 horas/aula) - Curso concluído no ILAL - Instituto Latino Americano de Línguas - maio a julho de 2003 - Brasília - DF.

Experiência Profissional

Prefeitura Municipal de Alto Paraíso de Goiás, Unidade mista de saúde de Alto Paraíso onde funciona o PSF 3 e o Pronto Socorro, em que trabalho no Pronto Socorro;

Enfermeiro plantonista;

Trabalho desde dezembro de 2016.

Referências

Secretária de saúde (Enfermeira Bruna, fone: 61 99904-6942);
Gerente de Enfermagem (Enfermeira Elianne, fone: 62 99622-5049).

**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Instituto Nacional do Seguro Social

**CADASTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS / PESSOA FISICA
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO****Dados Básicos**

NIT: 2677661274-7

Nome: ILTON BARBOSA DO AMARAL JUNIOR

Data de Nascimento: 19/03/1982

Nome da mãe: ILDA RIBEIRO DO AMARAL

CPF: 96835192100

Dados Complementares

Nome do pai: ILTON BARBOSA DO AMARAL

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Grau de Instrução: SUPERIOR COMPLETO

País de Origem: BRASIL

Nacionalidade: BRASILEIRA

Data de chegada ao país:

UF de nascimento: DF

Município de nascimento: BRASILIA

Identidade: 2093994 , Órgão expedidor: SSP , UF: DF, Data exp.:

CTPS:

Título de eleitor:

CNH: 01402040697, Data exp.:12/08/2000

Carteira de Marítimo:

Passaporte:

Dados da Certidão:

Data de Óbito:

Tipo de filiado: Contribuinte Individual

Ocupação: ENFERMEIRO

Data de Cadastramento: 22/07/2015

Tipo de solicitante: O próprio

Endereço principal**Endereço secundário**

QUADRA SQSW QD 102 BLOCO K AP , 207 - QUADRA - SUDOESTE - BRASILIA - DF - - BRASIL

Dados de Contato

Telefone para contato 1:

Telefone para contato 2:

Celular:

Email:

Declaro serem verídicas as informações por mim prestadas acima.

A Previdência Social informa:



Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde



DIPLOMA

O(a) Diretor(a) da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Enfermagem, no primeiro semestre de 2011, e a colação de grau ocorrida em 07 de março de 2012, confere o título de Bacharel a

Alton Barbosa do Amaral Júnior

nascido(a) no dia 19 de março de 1982, natural de Brasília-DF, de nacionalidade brasileira, portador(a) do documento de identificação nº 2093994-DF, e lhe outorga o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Brasília, 09 de março de 2012

Secretário-Geral

Diplomado(a)

Diretor(a)

CURSO DE ENFERMAGEM

Reconhecido pela Portaria
SERES/MEC nº 01, de 06/01/2012,
publicada no DOU de 09/01/2012,
Seção 1, pág. 19/21.

Maurício de Sousa Neves Silva
Secretário-Geral

Silvia Guimarães dos Reis
Diretora da Faculdade de
Ciências da Educação e
Saúde

Centro Universitário de Brasília

Diploma registrado por delegação do
Ministério da Educação nos termos do
Decreto n.º 5786/06, D.O.U. n.º 99, de 25/05/2006.

Registro n.º *03337/2012*

Livro n.º *001* Folha n.º *0138*

Processo n.º *017387/2012*

Data do Registro *18.03.2012*

Caroly Ribeiro
UNICEUB - Secretária-Adjunta
Mat. 05708-6





Centro Universitário de Brasília

CERTIFICADO

Certificamos que **Itlon Barbosa do Amaral Junior**

nascido(a) no dia **19 de março de 1982** , concluiu com aproveitamento

e frequência no **primeiro** semestre de **2011** , todas as disciplinas do Curso de

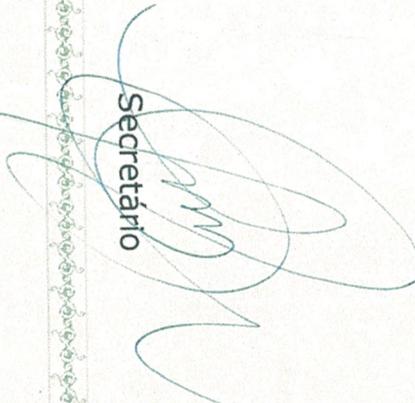
***** Enfermagem ***** da

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário

de Brasília - UNICEUB, tendo colado grau em **07 de março de 2012.**

Brasília, **07 de março de 2012.**


Diretor


Secretário

UNICEUB

Nº.....*302*..... Livro.....*18*.....

ENFERMAGEM

Reconhecido pela Portaria SESU Nº 531, de 25/08/2006,
D.O.U. nº 165, de 28/08/2006, Seção 01, página 14/15.

Dalva Guimarães dos Reis

Diretora da Faculdade de Ciências da Educação e
Saúde

Fabiano de Andrade Raymundo
UnICEUB – Secretário Adjunto

TERMO DE REGISTRO

O título de qualificação acadêmica de **ILTON BARBOSA DO AMARAL JUNIOR**, CPF **968.351.921-00**, expedido pela (o) **FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA UNICEUB-DF**, foi registrado no sistema COFEN/COREN de acordo com os dados abaixo especificados:

DADOS DE REGISTRO

Qualificação: Enfermeiro
Registro: 401679-ENF
Livro: 24
Folha: 164
Data: 15/12/2016



Célia Viana Franco
Setor de Registro e Cadastro
Portaria 1266/2013



Ivete Santos Barreto
Presidente
Coren-GO 16.009-ENF

Para conformar a autenticidade deste TERMO DE REGISTRO consulte em Serviços On-line no site do Coren Goiás , através do endereço: www.corengo.org.br Consulte Informando o **10557/NET** e número de inscrição **401679-ENF** através do menu CONFERÊNCIA DE CERTIDÃO.

CPRVerify

Certificate

Ilton Barbosa Amaral Junior

has successfully completed

BLS

BLS for Healthcare Providers Course

This certificate does not replace the American Heart Association course completion card.

Centro De Estudos De Enfermagem E Nutricao LTDA

Training Center

Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição Ltda

Training Site

682973c35cc6

Certificate Number

ZL20991

Training Center ID

10 Dec 2016

Date Completed

Goiânia, Goiás, BRAZIL

ITC City, Country

December 2018

Expiration Date

Jean Carlos Naves Ferreira

Instructor Name