



**Prefeitura Municipal de Alto Paraíso de Goiás**  
**Estado de Goiás**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**

**Contrato FMS nº. 027/2017**

TERMO DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS DE MEDICINA, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS-GO POR INTERMÉDIO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E BRUNA DE ALMEIDA SANTOS ME PELAS SEGUINTE CLÁUSULAS E CONDIÇÕES:

**MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS-GO**, criado e denominado pelas Leis Estaduais nº.s. 808 de 12.10.53 e 4.685 de 15.10.63 (DOE de 27.10.53 e 09.11.63), pela Prefeitura Municipal de Alto Paraíso de Goiás, entidade de direito público interno, CNPJ nº 01.740.455/0001-06, com base na Praça do Centro Administrativo nº 01 – Alto Paraíso de Goiás-GO, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **Sr. MARTINHO MENDES DA SILVA**, brasileiro, portador da Carteira de Identidade nº 1230291 SSP/DF, CPF nº 488.078.771-04 por intermédio do **O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS**, CNPJ nº 07.720.960/0001-75, neste ato representando por sua secretária, **Srª. BRUNA MARA CAMPOS DO NASCIMENTO**, brasileira, solteira, RG 45.729.780-3 – SSP/SP e CPF 026.693.641-52, doravante denominado simplesmente **FUNDO**, e de outro lado **BRUNA DE ALMEIDA SANTOS ME**, inscrita no CNPJ nº. **27.438.179/0001-10**, residente e domiciliado na Rua do Moinho QD 08 LT 14 Nº. 412 - Centro, nesta cidade, portador (a) da Carteira de Identidade nº 13.992.382-99 – SSP/BA, CPF nº 044.820.075-95, Conselho Regional de Enfermagem inscrito sob o nº COREN 469248 – GO, Doravante denominado simplesmente **CREDENCIADO (A)**.

**CLÁUSULA PRIMEIRA (FUNDAMENTO E OBJETO)**

Este contrato se fundamenta no Edital de Credenciamento nº 001/2017 realizado pela Administração Municipal, estando às partes sujeitas às normas das **Leis Federais 8.666/93 e 8.883/94, Resolução do TCM Nº 017/98, e Instruções Normativas Nºs 007/16 e 001/17**, bem como, as cláusulas e às condições a seguir pactuadas.

Constitui objeto do presente Termo de Credenciamento, a prestação de serviços de **ENFERMAGEM** pelo (a) **CREDENCIADO (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 **(40.000,00)** quarenta mil reais.

**CLÁUSULA TERCEIRA (DA FORMA DE PAGAMENTO)**

1 - O **FUNDO** pagará mensalmente o **CREDENCIADO** 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 subseqüente.

3 – O valor estimado a ser pago ao **CREDENCIADO** será de acordo a produção/serviços prestados e terá como base os valores estipulados para os plantões aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;



**Prefeitura Municipal de Alto Paraíso de Goiás**  
**Estado de Goiás**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**

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)**

As despesas com a execução deste credenciamento correrão à conta e custa da Dotação Orçamentária 10.302.0210.2-032.3.3.90.39.00.00.

**CLÁUSULA QUINTA (DA VIGÊNCIA)**

Este Termo de Credenciamento vigorará pelo prazo de 09 meses, compreendido o período de 03/04/2017 (três de abril de dois mil e dezessete) a 31/12/2017 (trinta e um de dezembro 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**, a **CRENCIADA** 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 **CRENCIADO (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 **CRENCIADO (A)** em valor maior que o efetivamente devido pelo **FUNDO**, após verificação em regular processo administrativo, com direito a ampla defesa pelo (a) **CRENCIADO (A)**, cuja decisão será irrecorrível, 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)**

Rua São José Operário s/n – Alto Paraíso de Goiás-GO – CEP 73.770-000 – Fone/Fax (62) 446-2102

E-mail: smsaltoparaísodegoiás@gmail.com – Contas Públicas [www.portalpublico.com.br/pmaltoparaísodegoiás](http://www.portalpublico.com.br/pmaltoparaísodegoiás)



**Prefeitura Municipal de Alto Paraíso de Goiás**  
**Estado de Goiás**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**

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

**CLÁUSULA DÉCIMA (DA RESCISÃO)**

O FUNDO poderá declarar rescindido o presente Termo de Credenciamento, independentemente de interpelação 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) CREDENCIADO (A) para executar ou prosseguir na execução do presente Termo de Credenciamento;
- 3 – Se o CREDENCIADO (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 resultantes do presente Termo de Credenciamento, como renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

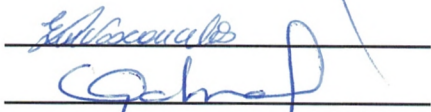
Alto Paraíso de Goiás/GO, 03 de abril de 2017.

  
Martinho Mendes da Silva  
Prefeito Municipal

  
Bruna Mara Campos do Nascimento  
Secretária de Saúde e Saneamento

  
Bruna de Almeida Santos Me  
CNPJ: 27.438.179/0001-10

**Testemunhas:**

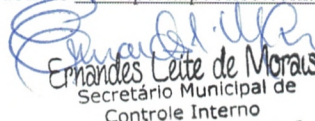
  
\_\_\_\_\_

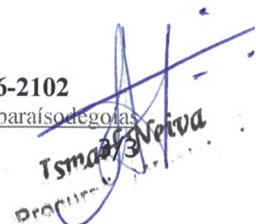
CPF 003.328.121-11

CPF 768.720.091-87

Rua São José Operário s/n – Alto Paraíso de Goiás-GO – CEP 73.770-000 – Fone/Fax (62) 446-2102

E-mail: smsaltoparaísodegoiás@gmail.com – Contas Públicas [www.portalpublico.com.br/pmaltoparaísodegoiás](http://www.portalpublico.com.br/pmaltoparaísodegoiás)

  
Ernandes Leite de Moraes  
Secretário Municipal de  
Controle Interno

  
Tsmar Veiva  
Proprietário