**EDITAL Nº 04/2014**

**CREDENCIAMENTO DE MÉDICOS PLANTONISTAS**

O **MUNICÍPIO DE JOÃO MONLEVADE**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº 18.401.059/0001-57, com sede na Rua Geraldo Miranda, nº337, Carneirinhos, Centro – João Monlevade/MG, CEP: 35.930-027, por meio do Prefeito Municipal, Teófilo Miranda Torres Duarte, com o objetivo de contratar serviços de saúde a serem prestados aos beneficiários da saúde pública no Município, torna público, para ciência dos interessados, que receberá inscrição e documentos previstos neste edital para credenciamento de MÉDICOS PLANTONISTAS PRESENCIAIS PARA 12H/DIA, a partir de **27 de março de 2014**, horário das 8h às 11h e das 14h às 17h, no seguinte endereço: Av: Getúlio Vargas, 2.640, Belmonte, Divisão de Planejamento de Recursos Humanos, João Monlevade/MG, nos moldes da Lei Federal 8.666/93 e legislação pertinente que regulamenta a matéria e das regras estabelecidas no presente Edital de Credenciamento.

1. **DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**
	1. O inteiro teor deste Edital e Anexo(s) estará disponível no endereço eletrônico da Prefeitura: [www.pmjm.mg.gov.br](http://www.pmjm.mg.gov.br)
	2. O processo de credenciamento de que trata este edital obedecerá às seguintes etapas:
		1. Entrega do requerimento de credenciamento acompanhado de toda a documentação exigida, no local, dias e horários estabelecidos;
		2. Análise documental;
		3. Habilitação;
		4. divulgação dos habilitados;
		5. Contratação conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde; e acompanhamento da execução do contrato.
	3. Compete à Comissão nomeada por portaria a efetivação da etapa prevista no item 1.2.2.
	4. Qualquer interessado poderá impugnar o presente Edital de Credenciamento por eventuais irregularidades, ficando estabelecido para tanto, o prazo improrrogável de 02 (dois) dias úteis após a publicação resumida deste instrumento, para protocolar o pedido de impugnação.
	5. A Comissão nomeada responderá ao pedido de impugnação no prazo máximo de 3 (três) dias úteis.
2. **DO OBJETO**
	1. O presente edital tem como objeto o credenciamento de pessoa(s) física(s) para prestação de serviços médicos plantonistas, para realizar atendimentos em regime de plantão de 12 (doze) horas, no Pronto Atendimento, conforme escala previamente elaborada pela Secretaria de Saúde, visando o atendimento aos usuários da saúde pública municipal.
3. **DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**
	1. O processo de credenciamento é regido pela Lei Federal nº 8.666, de 1993, com suas posteriores modificações, e demais legislações pertinentes, aplicando-se, no que couberem, os princípios gerais de direito público, suplementados pelo direito privado.
4. **DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**
	1. Poderão participar do processo de credenciamento os interessados que satisfaçam as condições específicas de habilitação fixadas neste edital e que aceitem as exigências estabelecidas neste instrumento e da Lei Federal nº 8.666/93, no que couber.
	2. A participação no processo implica manifestação do interesse do profissional em participar do processo de credenciamento junto à Prefeitura Municipal e a aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela Administração.
	3. Os interessados habilitados após análise da documentação apresentada serão credenciados, mediante constatação do preenchimento dos requisitos exigidos no presente Edital e respectivos Anexos.
5. **DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA HABILITAÇÃO**
	1. O interessado em participar do processo de credenciamento objeto deste Edital deverá entregar no ato da inscrição, os documentos constantes da “Relação de documentos necessários para habilitação ao credenciamento”.
		1. Ficha de solicitação de credenciamento preenchida e assinada.
	2. Não serão avaliados, para fins de habilitação, certificados de cursos de aperfeiçoamento que correspondam a atividades acadêmicas do período de graduação.
	3. Os documentos citados no item 5.1 deverão ser apresentados em cópia autenticada, nos termos do art. 32 da Lei Federal nº 8.666, de 1993.
	4. Toda a documentação exigida, é requisito obrigatório à habilitação jurídica, técnica e fiscal do interessado no credenciamento de que trata este edital.
	5. As certidões que compõem a documentação exigida e possuem data de validade, deverão estar válidas até o final do prazo de inscrição constante deste edital, devendo ser atualizadas no momento da assinatura do contrato e durante a sua vigência, caso seja formalizado.
6. **DO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO**
	1. **DA INSCRIÇÃO E ENTREGA DOS DOCUMENTOS**
		1. Os documentos exigidos neste edital deverão ser entregues na Secretaria Municipal de Saúde, situado na Av: Getúlio Vargas, 2.640, Belmonte, Divisão de Planejamento de Recursos Humanos, João Monlevade/MG, a partir de **27 de março/2014,** das 8h às 11h e das 13h às 16h30.
		2. Todos os documentos exigidos neste Edital para a instrução do processo de credenciamento deverão ser entregues em envelope fechado no qual conste a seguinte informação:

**À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**At. COMISSÃO DE JULGAMENTO/CREDENCIAMENTO.EDITAL Nº 4/2014**

**NOME DO INTERESSADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* + 1. Os documentos exigidos para a inscrição não poderão ser remetidos via postal, fax ou por correio eletrônico.
		2. A entrega dos documentos dar-se-á mediante protocolo, que servirá como comprovante da inscrição.
		3. As informações prestadas no ato da inscrição, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.
	1. **DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO**
		1. A análise dos documentos apresentados será realizada pela Comissão nomeada pela Portaria nº 132/2014.
		2. A Comissão irá avaliar os serviços dos prestadores habilitados, conforme critérios de qualificação relacionados abaixo.
	2. **DA HABILITAÇÃO**
		1. Serão considerados habilitados os interessados que apresentarem a documentação válida exigida, no prazo e horários estabelecidos e se enquadrarem nas regras deste Edital.
		2. Serão considerados inabilitados os interessados que, por qualquer motivo:
			1. Estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta, ou Indireta, Federal, Estadual, ou Municipal, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o expediu;
			2. Deixarem de apresentar qualquer documentação exigida neste Edital.
	3. **DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO E RECURSOS**
		1. Analisada a documentação para verificar o cumprimento das exigências do Edital, para efeito de habilitação, a Comissão publicará os nomes dos habilitados no endereço eletrônico www.pmjm.mg.gov.br, bem como na portaria da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal (sede).
		2. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado em relação à avaliação da documentação entregue no ato de inscrição, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de 02 (dois) dias úteis, contados do primeiro dia subseqüente à data da divulgação, observada as seguintes determinações:
		3. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso;
		4. O recurso deverá ser protocolado ou enviado por via postal à Secretaria Municipal de Saúde, A/C Comissão de Credenciamento, no prazo estabelecido no item 6.4.2, ficando estabelecido o prazo de até 3 (três) dias úteis para análise;
		5. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado (procuração pública) poderão interpor recurso;
		6. Não serão aceitos recursos por fax ou correio eletrônico, nem fora dos padrões e prazos estabelecidos neste Edital;
		7. Serão conhecidos somente os pedidos de revisão tempestivos, motivados e não protelatórios;
		8. Os resultados dos recursos interpostos serão divulgados através do endereço eletrônico [www.pmjm.mg.gov.br](http://www.pmjm.mg.gov.br)
	4. **DA CONTRATAÇÃO**
		1. Os interessados que foram habilitados ao credenciamento serão contratados por meio de instrumento de prestação de serviços, onde se estabelecerão os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, conforme minuta constante do Anexo V deste Edital.
		2. O contrato terá sua vigência estabelecida pela Administração Municipal, dentro dos limites previstos pela Lei Federal nº 8.666, de 1993.
		3. O contratado deverá iniciar as suas atividades, em regra, a partir da assinatura do contrato.
		4. O contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por ato formal e unilateral da Administração, nos casos enumerados na Lei Federal nº 8.666, de 1993 e suas alterações, comunicando expressamente ao contratado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, hipótese em que será procedido o descredenciamento, sem prejuízo dos serviços já prestados e sem que caibam, ao contratado quaisquer direitos, vantagens ou indenizações.
		5. O contratado deverá apresentar mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde comprovantes de pagamento ao INSS e demais encargos tributários incidentes sobre sua atividade, sendo de inteira responsabilidade do contratado as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais, resultantes da execução do contrato.
		6. O contrato celebrado com o interessado habilitado não gera ao credenciado qualquer vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de João Monlevade.
		7. Os direitos e deveres das partes, regras de atendimento, pagamento, acompanhamento da execução dos serviços e demais normas serão previstas no contrato a ser celebrado, nos termos da minuta constante do Anexo V.
	5. **DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO**
		1. A Secretaria Municipal de Saúde realizará o acompanhamento da execução dos serviços contratados por meio de auditorias, comunicações escritas, e outras atividades correlatas, devendo as intercorrências serem registradas em relatórios anexados ao processo do credenciado.
1. **DAS RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS CREDENCIADOS:**
	1. Os serviços dos profissionais credenciados neste edital englobam:
		1. Atendimento médico à demanda de urgência e emergência, cumprindo os princípios balizadores do SUS integralidade, universalidade, equidade, hierarquização, gratuidade, procedimentos médicos, participar da rede macrorregional de urgência e emergência cumprindo os protocolos assistenciais, prestar o primeiro atendimento de urgência e emergência à população, conforme necessidade da demanda acompanhar pacientes que venham a ser transferidos para o ponto de atenção, conforme processo regulatório.
2. **DO VALOR E DOS CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS**
	1. A Contratante pagará ao profissional credenciado por meio deste Edital os serviços efetivamente prestados, após validação dos plantões definidos em escala pela Secretaria Municipal de Saúde e comprovadamente realizados, os seguintes valores:
		1. **Plantões de 12h: - das 7horas de segunda-feira às 19horas de sexta-feira o valor de R$1.200,00 (mil e duzentos reais)/plantão.**
		2. **Plantões de 12h: - das 19horas de sexta-feira às 7horas de segunda-feira, e aos feriados, o valor de R$1.300,00(mil e trezentos reais)/plantão.**
	2. Para atender as despesas decorrentes dos credenciamentos oriundos deste Edital, a Prefeitura utilizará recursos de repasse do SUS, do Convênio nº 534/2013, publicado no Diário Oficial de Minas Gerais, no dia 11/10/2013, pag.59, firmado com o governo do Estado de Minas Gerais, que visa o custeio de plantões médicos recurso próprio, em conformidade com as dotações orçamentárias: 10.302.1003.2142 – elemento despesa 33.90.36.00 – ficha 619 – fonte de recurso 1.23.00 – 1.49.00, 10.302.1003.2142 – elemento despesa 3.1.90.04.00 – ficha 612 – fonte de recurso 1.02.00 e 10.302.1003.2142 – elemento despesa 3.1.90.13.00 – ficha 614 – fonte de recurso 1.02.00
3. **DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO**
	1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pelo interessado contratado sujeitará o mesmo, no que couber, às sanções previstas na Lei Federal nº 8.666, de 1993, garantido a prévia defesa, e ainda, pelo não cumprimento de quaisquer das obrigações assumidas às seguintes penalidades:
		1. advertência por escrito;
		2. suspensão temporária do credenciamento, por prazo não superior a 02 (dois) meses, justificada previamente pela Secretaria Municipal de Saúde;
		3. rescisão do contrato.
	2. São causas de descredenciamento do contratado a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no presente Edital, na Minuta Contratual, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Município, apuradas em processo administrativo, ou ainda o não atendimento a princípios éticos definidos no Código de Ética Profissional.
4. **DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO**
	1. O presente Edital poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação, sem que disso decorra qualquer direito ou indenização ou ressarcimento para os interessados.
5. **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**
	1. A qualquer tempo os profissionais interessados poderão apresentar a documentação exigida neste edital e credenciarem-se, ficando vinculados às cláusulas contidas neste instrumento.
	2. A minuta do Contrato de Credenciamento, assim como o inteiro teor do Edital estarão à disposição dos prestadores, para conhecimento de suas cláusulas, no endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de João Monlevade – [www.pmjm.mg.gov.br](http://www.pmjm.mg.gov.br)
	3. O extrato do presente Edital será afixado no(s) quadro(s) de aviso na sede da Prefeitura Municipal, na Secretaria Municipal de Saúde e no diário da AMM (Associação Mineira de Municípios).
	4. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.
	5. Caberá ao contratado a obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária, normas Municipais ou outra entidade reguladora da atividade exercida, reservando-se ao Município o direito de recusar e sustar a prestação de serviços dos prestadores de saúde que não se adequarem às normas estabelecidas.
	6. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.
	7. A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.
	8. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados disponíveis no site, na sede administrativa da Prefeitura, na Secretaria Municipal de Saúde ou divulgadas no diário da AMM.
	9. Não serão fornecidas informações por telefone quanto ao processo de credenciamento, bem como não serão expedidos atestados, cópias de documentos, certificados ou certidões relativas à inscrição e participação, valendo para tal fim os resultados publicados.
	10. Os profissionais credenciados serão chamados para compor a escala de acordo com a lista de credenciamento, seguindo-se a ordem de inscrição.
	11. Os profissionais serão convocados por telefone e por email.
	12. Na hipótese de recusa do profissional em participar do plantão ao qual foi convocado, a administração deverá proceder à convocação do próximo na lista do credenciamento.
	13. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão instituída pela Portaria nº 132/2014.
6. **DO FORO**
	1. Fica eleito o Foro da comarca de João Monlevade- MG, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da execução deste instrumento.

João Monlevade, 24 de março de 2014.

**Teófilo Faustino Miranda Torres Duarte**

Prefeito Municipal

**Andréa Peixoto Corrêa Martins**

Secretária Municipal de Saúde

**ANEXO I**

1. **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA HABILITAÇÃO AO CREDENCIAMENTO**
	1. Ficha de Solicitação de Credenciamento
	2. Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos
	3. Currículo Padrão
	4. Cópia do Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF);
	5. Cópia da Carteira de Identidade Civil;
	6. Cópia do Comprovante de endereço residencial;
	7. Cópia do Diploma de Graduação ou Certificado de Conclusão do curso expedido por Instituição de Ensino reconhecida pelo MEC (frente/verso);
	8. Cópia do Comprovante de inscrição ao Conselho Regional de sua categoria;
	9. Cópia autenticada da Certidão negativa do Conselho Regional de sua categoria em relação a condenações por infração às regras éticas e profissionais exigidas para o exercício da profissão;

**ANEXO II**

**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

**DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS**

Nome completo........................................................................................................................................

Conselho de Classe: ................................. Nº................................ Data de Nascimento: ......../......../.........

CPF nº ................................................ RG nº ........................................................ Órgão Exp. .................

Estado civil........................... Nac.: ................................................ Nat.: .....................................................

End. Resid.: (completo): ...............................................................................................................................

......................................................................................................................................................................

Cidade: ................................................................................. CEP.: ............................................................

Telefone Residencial ( )...................................................... Celular: ( ) .............................................

E-mail: ..........................................................................................................................................................

Solicita credenciamento junto à Prefeitura Municipal de João Monlevade para MÉDICOS PLANTONISTAS PRESENCIAIS PARA 12H/DIA.

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco: ......................................... Agência: ...................................... Conta Corrente: ................................

Declaro, para os devidos fins, que tenho conhecimento das normas, instruções estabelecidas no Edital de Credenciamento, comprometendo-me a cumpri-las.

Data e local: ......................................... , ..................... de ............................................. de ....................

**..................................................................................................................................................**

**Assinatura**

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

Eu, ............................................................................................................................................CPF: ...................................................................... Conselho Regional .................................................

***DECLARO:***

a) Não possuir impedimento para licitar ou contratar com a Administração Pública;

b) Estar de acordo com os valores dos plantões estabelecidos unilateralmente pela Administração Pública Municipal;

c) Não possuir vínculo com a Prefeitura Municipal de João Monlevade como servidor do quadro geral do mesmo, tendo em vista a restrição do art. 9º, inc. III, da Lei 8.666/93, sob as penas da Lei (art. 299 do Código Penal);

d) Não possuir vínculo com clínicas e/ou laboratórios credenciados pela Prefeitura Municipal de João Monlevade

Local e data: ........................................................., ................./................../..................

**.................................................................................................................**

**Assinatura**

**ANEXO IV**

**CURRÍCULO PADRÃO Formação Profissional (básica)**

Nome completo.....................................................................................................................................

Graduação/Curso................................................................. Instituição .............................................

Período ................................................ Nº do Registro do certificado:..............................................

Especialização/ Curso ............................................. Instituição .........................................................

Período .................................................. Nº do Registro do certificado:...........................................

Residência

Curso ............................................... Instituição ...............................................................................

Período .................................................................... Nº do Registro do certificado:..........................................

Mestrado

Curso ................................................. Instituição ...............................................................................

Período .................................................................... Nº do Registro do certificado:..........................................

Doutorado

Curso ....................................................................... Instituição .......................................................................

Período .................................................................... Nº do Registro do certificado:..........................................

Experiência profissional na área pretendida

Setor: ................................................... Período:..............................Instituição..................................................

Experiência profissional na área pretendida

Setor: ................................................... Período:..............................Instituição..................................................

Experiência profissional na área pretendida

Setor: ................................................... Período:..............................Instituição..................................................

Obs.: O preenchimento de todos os campos é obrigatório. Apresentar toda documentação comprobatória

Local e data: .............................................., ............/............/............

.......................................................................................

Assinatura do interessado

**ANEXO V**

**MINUTA CONTRATUAL (PARA CONHECIMENTO)**

Não deve ser enviada. O preenchimento será feito pela Secretaria Municipal de Administração apenas para os interessados habilitados.

**CONTRATO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

Contrato de credenciamento para prestação de serviços celebrado entre a PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE, neste ato representado pelo seu representante TEÓFILO FAUSTINO MIRANDA TORRES DUARTE e o CONTRATADO a seguir indicado, com a finalidade de prestar serviços de MÉDICO PLANTONISTA PRESENCIAL, aos beneficiários da saúde pública Municipal.

NOME:

CPF: DATA NASC: SEXO: EST. CIVIL:

NACIONALIDADE:

NATURALIDADE:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

RG.: INSC.CONSELHO. REG.:

Nº DE INSC. INSS:

INSC. MUNICIPAL:

ÁREA/CATEGORIA/ESPECIALIDADE (S) AUTORIZADA (S):

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

NÚMERO: COMPLEMENTO: . BAIRRO:

CIDADE: UF: CEP:

TELEFONE RESIDENCIAL:

CELULAR: E-MAIL:

DADOS BANCÁRIOS

BANCO (preferencialmente Itaú): AGÊNCIA: CONTA:

ANEXAR CÓPIA DE COMPROVANTE DA CONTA BANCÁRIA

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

A PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE, doravante denominado CONTRATANTE, com personalidade jurídica de direito público, CNPJ nº 18.401.059/001-57, com sede na Rua Geraldo Miranda, nº337, Nossa Senhora da Conceição, João Monlevade/MG, CEP: 35.930-027, neste ato representado pelo prefeito municipal, TEÓFILO FAUSTINO MIRANDA TORRES DUARTE, qualificação, firma Contrato com o(a) Sr(a) ........................................................................, CPF nº ........................, Registro no Conselho Regional-MG nº ...................., Carteira de Identidade nº ...................................., Órgão Expedidor..................., pessoa física, endereço ......................................................, no município de ..................................../MG, doravante denominado(a) CONTRATADO(A), tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os artigos 196 e seguintes, as normas gerais da Lei Federal 8.666, de 21/06/1993, e suas posteriores modificações; e, ainda, o reconhecimento de inexigibilidade de licitação, fundamentado no “caput” do art. 25 da Lei Federal nº 8.666, de 21/06/1993, tem por justo e avençado o presente contrato, que se regerá pela cláusulas e condições estabelecidas.

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO**

* 1. Constitui objeto do presente Contrato a prestação de serviços médicos, em regime de plantão de 12 (doze) horas, no Pronto Atendimento, conforme escala previamente elaborada pela Secretaria de Saúde, visando o atendimento aos usuários da saúde pública municipal.
	2. O CONTRATADO declara que aceita prestar os serviços objeto deste Contrato, nos termos do presente instrumento, sujeito a eventuais alterações que venham a ser introduzidas, que se presumirão conhecidas mediante correspondência expedida sob registro postal ou protocolo.

**CLÁUSULA SEGUNDA: DA EXECUÇÃO**

2.1 É expressamente vedada a cobrança de valores adicionais e honorários, a qualquer titulo, por parte do CONTRATADO, aos beneficiários, sob pena de descredenciamento.

2.2 A escala e o horário serão definidos de acordo com a necessidade e conveniência administrativa, com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

**CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO**

3.1 Obedecer às normas internas na prestação dos serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde, sujeitando-se às medidas cabíveis quando não atendidos os requisitos.

3.2 Não delegar ou transferir a terceiros a prestação de serviços ora pactuados, sob pena de descredenciamento.

3.3 Manter seus dados cadastrais junto à Secretaria Municipal de Saúde devidamente atualizados, informando formalmente quaisquer alterações imediatamente após a sua ocorrência, para fins de atualização.

3.4 Fornecer à Secretaria Municipal de Saúde, quando por este solicitado, e mediante acordo quanto ao prazo de entrega, relatórios periódicos ou pontuais que retratem a assistência prestada observada as questões éticas e o sigilo profissional, bem como quaisquer outros que vierem a ser exigidos por força de lei ou regulamentação específica, desde que referentes ao objeto do presente instrumento.

3.5 Garantir aos beneficiários a equidade no atendimento e os mesmos padrões técnicos e de serviços médicos dispensados a todos os demais pacientes, utilizando todo seu arsenal tecnológico disponível, quando se fizer necessário.

3.6 Manter em perfeita regularidade suas obrigações previdenciárias, tributárias e/ou parafiscais, bem como sua situação junto aos órgãos oficiais fiscalizadores de suas atividades.

3.7 O CONTRATADO, em hipótese alguma poderá escolher ou negar atendimento aos beneficiários devidamente encaminhados e se por quaisquer motivos o CONTRATADO não prestar o devido atendimento àquele beneficiário, deverá anexar à ficha uma justificativa em papel timbrado, encaminhando-a à Secretaria Municipal de Saúde para análise de sua pertinência.

3.8 A recusa de atendimento sem justificativa aceitável acarretará no descredenciamento imediato do CONTRATADO.

3.9 O contratado que, por qualquer razão, não comparecer ao plantão designado deverá, com antecedência de 24horas, comunicar a ausência à Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de advertência.

**CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

4.1 Manter contato permanente com o CONTRATADO, no sentido de mantê-lo atualizado quanto as normas, procedimentos e métodos vigentes, observando a antecedência necessária, para a efetiva adequação do CONTRATADO aos mesmos.

4.2 Realizar auditorias e/ou perícias nos procedimentos realizados pelo CONTRATADO, obedecendo aos princípios estabelecidos pelo Código de Ética Profissional.

4.3 Pagar ao CONTRATADO os serviços prestados conforme cláusula primeira, de acordo com os termos, tabelas, limites e condições que estiverem em vigor.

4.4 Providenciar a publicação resumida deste Contrato e eventuais aditivos.

**CLÁUSULA QUINTA: DA FORMA DE PAGAMENTO**

5.1 Os serviços, objeto deste Contrato, que tenham sido regularmente prestados, conforme o estipulado no presente instrumento serão pagos ao CONTRATADO pela CONTRATANTE, da seguinte forma:

5.1.1 Plantões de 12h: - das 7horas de segunda-feira às 19horas de sexta-feira o valor de R$1.200,00 (mil e duzentos reais)/plantão.

5.1.2 Plantões de 12h: - das 19horas de sexta-feira às 7horas de segunda-feira, e aos feriados o valor de R$1.300,00(mil e trezentos reais)/plantão.

5.2 O CONTRATADO poderá fazer no máximo 6(seis) plantões/semana, observando-se a escala pré definida.

5.3 Não será permitido ao CONTRATADO, em nenhuma hipótese, a cobrança de serviços, diárias, taxas, materiais, medicamentos ou honorários, sob qualquer pretexto e/ou forma, dos beneficiários, sob pena de descredenciamento.

5.4 O pagamento pelos serviços prestados será efetuado por meio de depósito em conta bancária do CONTRATADO, conforme informado por ele ao CONTRATANTE, e o comprovante de pagamento, para efeito legal, será o crédito na conta bancária, conforme dados e informações cadastrais.

5.5 Para efeito de pagamento pelos serviços prestados, serão considerados os registros atestados pelas chefias imediatas confirmando a efetiva realização dos plantões assistenciais.

**CLÁUSULA SEXTA: DA VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E SUSPENSÃO DO CREDENCIAMENTO**

7.1 O presente contrato terá sua vigência entre \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, estando o mesmo dentro dos limites estabelecidos pelo art. 57, II, da Lei Federal nº 8.666, de 1993. Será considerada como a data do início das atividades do CONTRATADO o dia imediatamente após inclusão dos seus dados no sistema da Prefeitura.

7.2 O contrato poderá ser prorrogado dentro dos limites máximos estabelecidos na Lei Federal nº 8.666, de 1993 .

7.3 O CONTRATADO poderá, por motivos justificáveis e a juízo da Administração, interromper a prestação de serviços objeto deste instrumento, desde que solicitado à Secretaria Municipal de Saúde, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência à interrupção do atendimento.

**CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO**

8.1 Pela inexecução total ou parcial deste instrumento, este poderá ser rescindido em qualquer tempo, através de ato formal e unilateral da CONTRATANTE, nos casos enumerados na Lei Federal nº 8.666, de 1993, assegurado o contraditório e ampla defesa do CONTRATADO,

8.2 O CONTRATANTE poderá rescindir o presente contrato mediante simples aviso extrajudicial, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, por ato unilateral, reduzido a termo, precedido de decisão escrita e fundamentada, nas seguintes hipóteses:

a) Quando houver desvio de ética;

b) Desobediência das normas administrativas, inclusive a cobrança de serviços, diárias, taxas, materiais, medicamentos ou honorários, sob qualquer pretexto e/ou forma, dos beneficiários;

c) Erros por imperícia, negligência ou imprudência;

d) Desempenho clínico ou comportamental insatisfatório;

e) Conveniência administrativa;

f) Necessidade de adequação da despesa do CONTRATANTE com a sua receita;

g) Por deixar de atender os beneficiários;

8.3 O ato unilateral de que trata o item anterior deverá ser precedido de justificativa, elaborada pela administração.

8.4 No caso da rescisão prevista no item anterior, o CONTRATANTE deverá comunicar o CONTRATADO, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a formalização do descredenciamento, sem prejuízo dos serviços já prestados e sem que caiba ao CONTRATADO quaisquer direitos, vantagens e/ou indenizações.

8.5 O presente contrato poderá ser rescindido por acordo entre as partes, reduzido a termo, precedido de decisão escrita e fundamentada.

8.6 Na hipótese de rescisão, o CONTRATADO fará jus ao recebimento de valores relativos a serviços já prestados e ainda não pagos pelo CONTRATANTE.

**CLÁUSULA NONA – DO VALOR E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

* 1. O presente Contrato apresenta valor anual de R$ ( ) e limite mensal de pagamento no valor de R$ ( ).
	2. Para atender às despesas decorrentes dos credenciamentos oriundos deste edital o CONTRATANTE utilizará recursos próprios e recursos oriundo de convênios, em conformidade com as dotações orçamentárias : **10.302.1003.2142 – elemento despesa 33.90.36.00 – ficha 619 – fonte de recurso 1.23.00 – 1.49.00, 10.302.1003.2142 – elemento despesa 3.1.90.04.00 – ficha 612 – fonte de recurso 1.02.00 e 10.302.1003.2142 – elemento despesa 3.1.90.13.00 – ficha 614 – fonte de recurso 1.02.00**

**CLÁUSULA DÉCIMA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

10.1 O credenciamento de profissionais de que trata o presente contrato não determina, entre o CONTRATANTE e os respectivos profissionais, qualquer vínculo empregatício ou funcional.

10.2 As cláusulas do presente instrumento poderão ser alteradas em função de procedimentos para a adequação, modernização ou atualização do sistema de execução dos serviços contratados ou de fundamentos legais, mediante termo aditivo.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRO: DO FORO**

11.1 Fica eleito o Foro da Comarca de João Monlevade, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste contrato.

Por estarem justos e acertados, assinam o presente instrumento.

João Monlevade, de de 2014.

CONTRATANTE:

CONTRATADO:

Testemunhas:

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_