

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 002/2019 - FMS

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS, através de sua **gestora**, no uso de suas atribuições legais, **TORNA PÚBLICO**, para conhecimento de quantos possam se interessar que se encontra aberto o **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 002/2019 - FMS** para credenciamento de profissionais para prestação de serviços na área da saúde com vistas ao atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Ipueiras - TO. Os documentos serão analisados pela Comissão Permanente de Licitação e se necessário, por técnicos por ela solicitados para agilizar os serviços de conferência dos documentos apresentados com os exigidos.

I - OBJETO

1.1 - O presente Edital de Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de profissionais para prestação de serviços na área da saúde com vistas ao atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Ipueiras - TO.

2 – DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

2.1 - Poderão participar do certame os profissionais que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e seus anexos.

2.2 - Os interessados deverão aceitar os valores estabelecidos neste edital.

2.3 - Não poderão credenciar-se:

2.3.1 - Pessoas físicas: servidor ocupante de cargo publico em função de direção, chefia ou assessoramento ou de confiança, nos termos do art. 9.º da Lei 8.666/93 e alterações.

3 – DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

3.1 - Os interessados em participar do Chamamento Público de que trata este Edital, deverão apresentar a documentação exigida no item 04, no período de 20/05/2019 a 31/05/2019, em

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

envelope lacrado e identificado com a inscrição externa conforme modelo abaixo, endereçado à Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal de Ipueiras, a ser protocolado junto ao Protocolo Geral do Município – prédio da Prefeitura Municipal de Ipueiras, situado na Rua Joaquim Vaqueiro, s/n, Centro. Ipueiras-TO. O envelope deverá conter externamente a seguinte identificação:

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUEIRAS
À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
Chamamento Público n.º 002/2019
DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO
NOME DO PARTICIPANTE:
CPF:

3.2 - O Edital e seus anexos poderão ser obtidos junto à Comissão Permanente de Licitação, situada na Rua Joaquim Vaqueiro, s/n, Centro, Ipueiras - TO, no horário das 08h00min às 12h00min no período de 20/05/2019 a 31/05/2019.

3.3 - As dúvidas sobre o Edital poderão ser esclarecidas junto à CPL, via telefone (63) 3536-1075 ou por E-MAIL : pmipueiras2017@gmail.com.

4 - DA DOCUMENTAÇÃO

PROFISSÕES REGULAMENTADAS

4.1 – Documentos pessoais (RG e CPF);

4.2 – Prova de inscrição no Conselho Regional respectivo (identidade profissional);

4.3 – Título Eleitoral;

4.4 – Comprovante de endereço;

4.5 – Diploma da especialidade pretendida, devidamente registrado no órgão ou entidade competente

4.6 – Certidão negativa, junto ao Conselho Profissional respectivo;

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

4.7 - Currículo;

4.8 - Declaração conforme (Anexo I) do edital e Carta de Credenciamento (Anexo II);

4.9 – Declaração (Anexo V) quanto ao acúmulo de cargos públicos (mesmo no caso de contratação terceirizada/privada), nos termos do artigo 37 da constituição federal; No caso de ter outro vínculo com órgão/instituição pública (mesmo que seja de forma terceirizada), trazer declaração do empregador em que conste explícito o CNPJ e a razão social do órgão/instituição, e no que diz respeito ao empregado, descrição do emprego ou função pública que o mesmo exerce, bem como, carga horária, o turno e a remuneração do referido emprego;

PROFISSÕES NÃO REGULAMENTADAS

4.10– Documentos pessoais (RG e CPF);

4.11– Título Eleitoral;

4.12 – Comprovante de endereço;

4.13 – Comprovante de escolaridade (HISTÓRICO ESCOLAR e DIPLOMA REGISTRADO PELO MEC, CONFORME O CARGO);

4.14 - Currículo;

4.15 - Declaração conforme (Anexo I) do edital e Carta de Credenciamento (Anexo II);

4.16 – Declaração (Anexo V) quanto ao acúmulo de cargos públicos (mesmo no caso de contratação terceirizada/privada), nos termos do artigo 37 da constituição federal; No caso de ter outro vínculo com órgão/instituição pública (mesmo que seja de forma terceirizada), trazer declaração do empregador em que conste explícito o CNPJ e a razão social do órgão/instituição, e no que diz respeito ao empregado, descrição do emprego ou função pública que o mesmo exerce, bem como, carga horária, o turno e a remuneração do referido emprego;

4.17 – A documentação poderá ser autenticada e com reconhecimento de firma em cartório ou poderá ser autenticada e feito o reconhecimento de firma pela Comissão Permanente de Licitação nos termos dos incisos I e II do art. 3º da Lei nº 13.726/2019.

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

5 - DOS CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

5.1 - Os documentos relativos ao item 4 deste edital serão julgados pela Comissão Permanente de Licitações, obedecendo aos critérios de pontuação de no máximo 10,0 pontos (Anexo VI).

5.2. Será dado conhecimento do resultado do julgamento através do placar de avisos do Município e site da Prefeitura Municipal.

6 - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. Os serviços serão realizados nas Unidades Básicas de Saúde de Ipueiras, obrigando-se o contratado (a) a executar os serviços pessoais em favor da municipalidade, conforme sua área de atuação, durante o prazo de vigência contratual, empenhando esforços no desempenho dos trabalhos realizados.

7. O PRAZO DE EXECUÇÃO E VIGÊNCIA

7.1 O prazo de execução e vigência do contrato a ser celebrado será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado a critério da Administração e do interesse público.

8 - DOS VALORES E FORMA DE PAGAMENTO

8.1 - Os credenciados serão remunerados de acordo com a sua área de atuação.

8.2 - Os pagamentos serão efetuados até o 10º (decimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços.

9. - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

9.1 - Os serviços correrão por conta da dotação orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, consignada na Lei Orçamentária de 2019, conforme abaixo:

UNIDADE	FUNÇÃO	SUB-FUNÇÃO	PROG	PROJ ATIV	ELEM DESP	FONTE
05.10.01	10	301	0035	2039	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS
05.10.01	10	301	0035	2041	3.1.90.04.00	40 – ASPS

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

05.10.01	10	301	0035	2043	3.1.90.04.00	40 – ASPS
05.10.01	10	301	0035	2043	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS
05.10.01	10	304	0037	2049	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS

10. - DOS RECURSOS

10.1 - Dos atos praticados caberão os recursos previstos no art.109 da Lei nº 8.666/93 e alterações, os quais deverão ser protocolados no Protocolo da Prefeitura Municipal de Ipueiras.

11. - DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 - O credenciado que se recusar a prestar os serviços objeto do presente, sem justificativa plausível e aceita pela Administração, sofrerá as penalidades previstas no art. 87, II, da Lei nº 8.666/93 e alterações.

11.2 - Poderá o Município revogar o Edital de Chamamento Público, no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público, ou por fato superveniente, devidamente justificado, ou anulá-lo, em caso de ilegalidade.

11.3 - A revogação ou anulação do Chamamento Público não gera direito à indenização, ressalvadas as hipóteses descritas na Lei n.º 8.666/93.

11.4 - Os profissionais credenciados são profissionais autônomos e seu credenciamento não gera nenhum direito imediato ou futuro de contratação, tão somente o habilita a atender a atividade profissional de prestação de serviços, sem vínculo empregatício

11.5 - Os credenciados ficam sujeitos à responsabilização civil, penal e administrativa pelos atos que, nessa condição, praticarem.

11.6 - O resultado do credenciamento será comunicado publicado em placar de avisos do Município e site da Prefeitura Municipal, em até 2(dois) dias úteis após a análise da documentação.

11.7 - Os credenciados aprovados serão convocados para assinatura do Contrato via Ofício por e-mail, por publicação placar de avisos do Município e site da Prefeitura Municipal.

11.8 - Os casos não regulamentados por este Edital serão apreciados pela CPL – Comissão

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

Permanente de Licitação do Município de Porto Nacional – TO.

11.9 - Este Edital entra em vigor na data de sua publicação, revogando se as disposições em contrário.

12 - DOS ANEXOS

12.1 - Fazem parte integrante deste Edital os seguintes anexos:

Anexo I: Declaração;

Anexo II: Carta de Credenciamento;

Anexo III: Termo de Referência;

Anexo IV: Minuta do Contrato;

Anexo V: Declaração de Não Acumulação de Cargos Públicos;

Anexo VI: Critérios de Pontuação.

SANTAFASSE MARINHO LIMA COSTA
Presidente da Comissão Permanente de Licitação

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

ANEXO I

DECLARAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 002/2019

Eu, (proponente) _____, portador (a) da
Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____,

DECLARO que:

- a) Assumo inteira responsabilidade pela inexistência de fatos que possam impedir a minha habilitação no presente Chamamento, e ainda pela autenticidade de todos os documentos apresentados.
- b) Declaro sob as penas da lei, que não sou considerado (a) **INIDÔNEO (A) OU SUSPENSO (A)** para licitar ou contratar com a Administração Pública.
- c) Aceito integral e irrevogavelmente os termos do edital em epígrafe.

Local e data

Assinatura do (a) Requerente

N.º RG/CPF

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

ANEXO II

CARTA DE CREDENCIAMENTO

CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 002/2019

Objeto: Credenciamento de profissionais para prestação de serviços na área da saúde com vistas ao atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Ipueiras - TO.

Nome: _____

CPF: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

E-mail : _____

Assinatura

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

ANEXO III

TERMO DE REFERÊNCIA

I.OBJETO

É objeto desta licitação é o Credenciamento de profissionais para prestação de serviços na área da saúde com vistas ao atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Ipueiras - TO, em conformidade com as especificações prescritas neste Termo de Referência, que passa a fazer parte integrante deste edital.

2.MOTIVAÇÃO

A prestação de serviços se faz necessária considerando a necessidade de atendimento a demanda de usuários das Unidades Básicas de Saúde deste Município, facilitando o acesso da população ao serviço de atendimento em atenção básica e em situações de urgência e emergência. Estes serviços são indispensáveis para a promoção, proteção e recuperação da saúde e melhora da qualidade de vida dos usuários.

3.ESPECIFICAÇÕES

Profissão	Vagas	Carga Horária	Remuneração
AGENTE DE SAÚDE (PSF)	01	40 horas	R\$ 1.250,00
AGENTE DE ENDEMIAS (PSF)	02	40 horas	R\$ 1.250,00
AUXILIAR DE DENTISTA (SAÚDE BUCAL)	01	40 horas	R\$ 1.000,00
ENFERMEIRO (PSF)	01	40 horas	R\$ 2.500,00
FISIOTERAPEUTA (NASF)	01	30 horas	R\$ 2.200,00
PSICÓLOGO (NASF)	01	30 horas	R\$ 2.200,00
ODONTÓLOGO (PSF/SAÚDE BUCAL)	01	40 horas	R\$ 3.000,00
TÉCNICO EM ENFERMAGEM (PSF)	04	40 horas	R\$ 998,00

4. QUALIFICAÇÃO TECNICA.

4.1. Os profissionais com profissões regulamentadas deverão comprovar inscrição Conselho Regional respectivo e aqueles cujas profissões não sejam regulamentadas, apresentar

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

comprovante de experiência.

5. PRAZO, LOCAL E CONDIÇÕES DE ENTREGA OU EXECUÇÃO.

5.1. O prazo de execução e vigência do contrato a ser celebrado será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado a critério da Administração e do interesse público.

5.2. Os serviços devem atender a demanda espontânea dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Ipueiras.

5.3. O serviço contratado será prestado nos dias, nos horários e no local determinado pela Gestora do Fundo Municipal de Saúde em regime presencial, de acordo com a necessidade pré-determinada.

6. DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento pelos serviços prestados será efetuado até o 10º (decimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços.

7. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

7.1. A contratante tem como obrigação realizar o pagamento em dia, fiscalizar e gerenciar o contrato.

7.2. Exercer fiscalização sobre o cumprimento das obrigações pactuadas entre as partes;

7.3. O Fundo Municipal de Saúde designará um representante para fazer a fiscalização e o acompanhamento do cumprimento deste contrato, devendo este fazer anotações e registros de todas as ocorrências, determinando o que for necessário à regularização dos problemas observados.

8. OBRIGAÇÕES DO (A) CONTRATADO (A)

8.1. Executar os serviços pessoais em favor da municipalidade, conforme sua área de atuação, durante o prazo de vigência deste instrumento, empenhando esforços no desempenho dos trabalhos realizados.

8.2. O (a) contratado (a), não poderá subcontratar ou ceder a terceiros os seus serviços ora

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

contratados;

8.4. O (a) contratado (a) deverá manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;

8.5. O (a) contratado (a) ficará sujeitos à auditoria da Instituição durante a vigência do contrato.

9. DAS PENALIDADES

9.1. O (a) contratado (a) fica desde já obrigado ao exercício da função pública, nos limites e obrigações igualmente impostos aos servidores efetivos por força do Estatuto do Servidor, sem que com isso adquira direito igual aos benefícios individuais previstos naquele texto legal, com exceção àqueles inerentes ao exercício de determinada função.

9.2. As sanções administrativas e a tutela judicial aplicam-se a ambas as partes pactuadas neste contrato, conforme disposto em lei.

9.3. Além das condições estabelecidas neste instrumento contratual, as partes ajustarão condições, obrigações e responsabilidades recíprocas, de modo a não prejudicar o interesse público e nem a probidade administrativa.

10. OS CASOS DE RESCISÃO E DE EXTINÇÃO

10.1. São casos de rescisão contratual o não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações, serviços e o cumprimento irregular de cláusulas instituídas neste contrato; as faltas ao serviço sem justa causa; o cometimento reiterado de faltas funcionais na execução deste contrato, além de outros legalmente estabelecidos.

10.2. Qualquer das partes contratantes poderá solicitar a rescisão contratual, com prévia comunicação de 30(trinta) dias de antecedência.

10.3. O presente contrato extinguir-se-á, sem direito a indenizações, pelo término do prazo contratual e por iniciativa de ambas as partes.

10.4. O tempo de serviço prestado por força da presente contratação será contado para todos os fins e efeitos.

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

II. RECURSOS

II.1 - Os serviços correrão por conta da dotação orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, consignada na Lei Orçamentária de 2019, conforme abaixo:

UNIDADE	FUNÇÃO	SUB-FUNÇÃO	PROG	PROJ ATIV	ELEM DESP	FONTE
05.10.01	10	301	0035	2039	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS
05.10.01	10	301	0035	2041	3.1.90.04.00	40 – ASPS
05.10.01	10	301	0035	2043	3.1.90.04.00	40 – ASPS
05.10.01	10	301	0035	2043	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS
05.10.01	10	304	0037	2049	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS

12. A LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À EXECUÇÃO DO CONTRATO

12.1. O contrato deverá obedecer aos preceitos legais instituídos pelo Direito Público quanto aos contratos administrativos e às disposições constitucionais pertinentes e aos princípios da teoria geral dos contratos.

13. DOS CASOS OMISSOS

12.2. Aos casos omissos, as dúvidas e as questões incidentes serão resolvidas pela autoridade superior que represente o CONTRATANTE, e na impossibilidade desta, a competência será do Poder Judiciário da Comarca do CONTRATANTE.

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

ANEXO IV

MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º XXX/2019

CONTRATANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ Nº: 12.691.013/0001-33, com sede e foro na cidade de Ipueiras, Estado do Tocantins, neste ato representado por sua gestora, ROSIMAR LOPES SAMPAIO, brasileira, solteira, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 796.495.***-** e RG nº 116.*** SSP/TO, residente e domiciliada na cidade de Ipueiras.

CONTRATADO(A): Nome, nacionalidade, estado civil, profissão, CPF, RG e endereço.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

O objetivo da presente contratação é a prestação de serviços de **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, a ser desempenhada junto ao Fundo Municipal de Saúde, com uma jornada semanal de **XX** (XXXXXX) horas semanais.

Ficam também fazendo parte deste contrato, todos os termos do Edital de Chamamento Público nº 002/2019 e anexos, as normas vigentes, as instruções, e mediante aditamento, quaisquer modificações que venham a ser necessárias durante sua vigência.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA REMUNERAÇÃO

A remuneração mensal paga ao contratado é de **R\$ 000,00 (xxxxxxxxxx reais)**, e será efetuada até o 10º (decimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS.

O serviço contratado será prestado nos dias, nos horários e no local determinado pela Gestora do Fundo Municipal de Saúde em regime presencial, de acordo com a necessidade pré-determinada.

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os serviços correrão por conta da dotação orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, consignada na Lei Orçamentária de 2019, conforme abaixo:

UNIDADE	FUNÇÃO	SUB-FUNÇÃO	PROG	PROJ ATIV	ELEM DESP	FONTE
05.10.01	10	301	0035	2039	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS
05.10.01	10	301	0035	2041	3.1.90.04.00	40 – ASPS
05.10.01	10	301	0035	2043	3.1.90.04.00	40 – ASPS
05.10.01	10	301	0035	2043	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS
05.10.01	10	304	0037	2049	3.1.90.04.00	401 – ATE BAS

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE EXECUÇÃO E VIGÊNCIA

O prazo de execução e vigência do contrato a ser celebrado será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado a critério da Administração e do interesse público.

CLÁUSULA SEXTA – OBRIGAÇÕES DO (A) CONTRATADO (A)

São obrigações do (a) Contratado (a), além das demais previstas ou decorrentes do Contrato, as descritas a seguir:

Executar os serviços pessoais em favor da municipalidade, conforme sua área de atuação, durante o prazo de vigência deste instrumento, empenhando esforços no desempenho dos trabalhos realizados.

O (a) contratado (a), não poderá subcontratar ou ceder a terceiros os seus serviços ora contratados;

O (a) contratado (a) deverá manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;

O (a) contratado (a) ficará sujeitos à auditoria da Instituição durante a vigência do contrato.

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

CLÁUSULA SÉTIMA – OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O contratante tem como obrigação realizar o pagamento em dia, fiscalizar e gerenciar o contrato.

Exercer fiscalização sobre o cumprimento das obrigações pactuadas entre as partes;

O contratante designará um representante da Administração para fazer a fiscalização e o acompanhamento do cumprimento deste contrato, devendo este fazer anotações e registros de todas as ocorrências, determinando o que for necessário à regularização dos problemas observados.

CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES

O (a) contratado (a) fica desde já obrigado ao exercício da função pública, nos limites e obrigações igualmente impostos aos servidores efetivos por força do Estatuto do Servidor, sem que com isso adquira direito igual aos benefícios individuais previstos naquele texto legal, com exceção àqueles inerentes ao exercício de determinada função.

As sanções administrativas e a tutela judicial aplicam-se a ambas as partes pactuadas neste contrato, conforme disposto em lei.

Além das condições estabelecidas neste instrumento contratual, as partes ajustarão condições, obrigações e responsabilidades recíprocas, de modo a não prejudicar o interesse público e nem a probidade administrativa.

CLÁUSULA NONA - DOS CASOS DE RESCISÃO E DE EXTINÇÃO

Os casos de rescisão contratual o não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações, serviços e o cumprimento irregular de cláusulas instituídas neste contrato; as faltas ao serviço sem justa causa; o cometimento reiterado de faltas funcionais na execução deste contrato, além de outros legalmente estabelecidos.

Qualquer das partes contratantes poderá solicitar a rescisão contratual, com prévia comunicação de 30(trinta) dias de antecedência.

O presente contrato extinguir-se-á, sem direito a indenizações, pelo término do prazo

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

contratual e por iniciativa de ambas as partes.

O tempo de serviço prestado por força da presente contratação será contado para todos os fins e efeitos.

CLÁUSULA DÉCIMA - A LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À EXECUÇÃO DO CONTRATO

O contrato deverá obedecer aos preceitos legais instituídos pelo Direito Público quanto aos contratos administrativos e às disposições constitucionais pertinentes e aos princípios da teoria geral dos contratos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Fica eleito o Foro da Cidade de Porto Nacional - TO para dirimir quaisquer dúvidas ou pendências oriundas do presente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por se acharem de acordo, os representantes legais assinam o presente Contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ipueiras (TO), xx de xxxxx de 2019.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTRATANTE**

CONTRATADO (A)

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS

Eu, _____
_____, RG. nº _____, CPF. nº _____, **DECLARO**,
para fins de posse no Cargo de _____,

do(a) Fundo Municipal de Saúde de Ipueiras-TO, **QUE NÃO EXERÇO** nenhum cargo, função ou emprego público na Administração Pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, que seja **inacumulável** com o Cargo em que tomarei posse, em consonância com o disposto nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal, do contido no Decreto nº 2.027, de 11 de outubro de 1996 e no Cap. III da Lei nº 8.112/90;

DECLARO QUE NÃO PERCEBO proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal, que seja **inacumulável** com o Cargo em que tomarei posse;

DECLARO que não sofri, no exercício de função pública, as penalidades previstas no art. 137 e seu parágrafo único da Lei 8.112/90;

DECLARO, também, estar ciente de que devo comunicar ao Fundo Municipal de Saúde de Ipueiras-TO qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes para os casos de acumulação de cargos;

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa caracteriza o crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e que por tal crime serei responsabilizado, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento;

Ipueiras, _____ de _____ de _____.

Assinatura

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

ANEXO VI

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÍNIMA POR ITEM	PONTUAÇÃO MÁXIMA POR ITEM	PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
A) Certificado ou histórico de nível superior em sua respectiva área de atuação.	1,0	1,0	
B) Certificado de curso de especialização na área da saúde, considerando a título de maior pontuação aquele concorrente que tiver titulação na área de atuação específica em que prestará o serviço (atenção básica, vigilância em saúde, média e alta complexidade ambulatorial ou urgência e emergência). sendo aceito a apresentação de até 3 títulos, sendo o valor de 1,0 ponto cada.	1,0	3,0	
C) Certificados de curso de qualificação/aperfeiçoamento oficinas, conferência ou capacitações na área da saúde) com carga horária mínima de 20 horas), correspondente a sua área de atuação (atenção básica, vigilância em saúde, média e alta complexidade ambulatorial ou urgência e emergência), valendo 0,5 pontos cada, sendo possível apresentação máxima de 4 certificado. Data de emissão de até 10 anos.	0,5	2,0	

ESTADO DO TOCANTINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUEIRAS-TO

Rua Santo Antônio, S/Nº. – CENTRO – CEP 77.553-000 – FONE: (63) 3536-1056

CNPJ Nº. 12.691.013/0001-33

D) Experiência curricular na área da saúde, contando tempo de serviços, sendo que cada ano trabalhado terá pontuação de 0,25 pontos, sendo contado no máximo 4 anos de experiência.	0,25	1,0	
E) Disponibilidade de carga horaria para cadastro no CNES	1,0	1,0	
TOTAL DA PONTUAÇÃO OBTIDA:			
PONTUAÇÃO MÁXIMA: 10,00			

I. Havendo empate na pontuação do credenciado na mesma área de atuação, será considerado como critério de desempate o maior tempo de atuação na área; e persistindo o empate será feito através de sorteio público.

I.2 Será dado conhecimento do resultado do julgamento através do placar de avisos do Município e site da Prefeitura Municipal.

I.3 O resultado do credenciamento será comunicado publicado em placar de avisos do Município e site da Prefeitura Municipal, em até 2(dois) dias úteis após a análise da documentação.

I.4. Os credenciados aprovados serão convocados para assinatura do Contrato via Ofício por e-mail, por publicação placar de avisos do Município e site da Prefeitura Municipal.