



**EDITAL DE CHAMADA PUBLICA Nº 008/2025**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 052/2025**

PROCESSO DE CRENCIAMENTO FUNDAMENTADO NO CAPUT DO ART. 79 DA LEI FEDERAL Nº 14.133/21, PARA CONTRATAÇÃO DIRETA POR INTERMÉDIO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO, COM RESPALDO NO ART. 74, IV DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021, DE PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ATRAVÉS DE CLÍNICOS GERAIS, ESPECIALISTAS, EXAMES, CONSULTAS, PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, DESTINADOS A PACIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE GRAVE OU NÃO, DE URGÊNCIA OU NÃO E POR ORDEM JUDICIAL, DOS QUAIS O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO POSSUA EM SEU QUADRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, PARA ATENDER AOS MUNÍCIPIES DO MUNICÍPIO DE IGAPORÃ/BA, ATRAVÉS DA CONTRATAÇÃO POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO, MEDIANTE SISTEMA DE CREDENCIAMENTO, CUJA CONVOCAÇÃO É ABERTA A TODOS OS PROFISSIONAIS INTERESSADOS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.

**1. PREÂMBULO**

O MUNICÍPIO DE IGAPORÃ, Estado da Bahia, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ Nº 13.811.484/0001-09, com sede à Praça Bernardo de Brito, nº 430, Centro, Igaporã – Bahia, com fundamento no caput do Artigo 79 da Lei Federal nº 14.133/21, torna público que fara o CREDENCIAMENTO Nº 008/2025, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 052/2025 para a contratação de PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ATRAVÉS DE CLÍNICOS GERAIS, ESPECIALISTAS, EXAMES, CONSULTAS, PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, DESTINADOS A PACIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE GRAVE OU NÃO, DE URGÊNCIA OU NÃO E POR ORDEM JUDICIAL, DOS QUAIS O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO POSSUA EM SEU QUADRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, PARA ATENDER AOS MUNÍCIPIES DO MUNICÍPIO DE IGAPORÃ/BA, ATRAVÉS DA CONTRATAÇÃO POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO, MEDIANTE SISTEMA DE CREDENCIAMENTO, CUJA CONVOCAÇÃO É ABERTA A TODOS OS PROFISSIONAIS INTERESSADOS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.

1.1. Os interessados poderão solicitar o seu CREDENCIAMENTO a qualquer tempo, desde que vigente opresente credenciamento no exercício de 2025.

**2. OBJETO**

2.1. O presente Chamamento Público tem por objeto o CREDENCIAMENTO e a contratação de PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ATRAVÉS DE CLÍNICOS GERAIS, ESPECIALISTAS, EXAMES, CONSULTAS, PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, DESTINADOS A PACIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE GRAVE OU NÃO, DE URGÊNCIA OU NÃO E POR ORDEM JUDICIAL, DOS QUAIS O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO POSSUA EM SEU QUADRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, PARA ATENDER AOS MUNÍCIPIES DO MUNICÍPIO DE IGAPORÃ/BA, ATRAVÉS DA CONTRATAÇÃO POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO,



**MEDIANTE SISTEMA DE CREDENCIAMENTO, CUJA CONVOCAÇÃO É ABERTA A TODOS OS PROFISSIONAIS INTERESSADOS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**, e, ainda por Ordem Judicial, dos quais não sejam de distribuição gratuita pela rede de Atenção Básica, para entrega direta ao paciente na sede do Município.

### **3. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO/CHAMAMENTO**

3.1. O estabelecimento que pretender se credenciar deverão apresentar os documentos de habilitação exigidos;

3.2. Não poderão participar no Credenciamento do presente Chamamento Público os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas na Lei Federal nº 14.133/21.

3.3. No prazo de vigência do presente chamamento público as empresas interessadas no credenciamento deverão apresentar a documentação, em envelope lacrado e protocolado no Município de Igaporã, contendo em sua parte externa os seguintes dizeres:

**SETOR DE LICITAÇÕES**

**CREDENCIAMENTO Nº 008/2025**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 052/2025**

**RAZÃO SOCIAL**

**CNPJ DA EMPRESA**

### **4. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:**

4.1. Possuir sede (clínica médica, consultório) instalada e devidamente regularizada, com atendimento em horário comercial, nos períodos matutino e vespertino e aos sábados no período matutino;

4.2. Prestar os serviços de consultas médicas especializadas, atendimentos e exames após a emissão da autorização de prestação de serviços, na sua própria sede ao paciente autorizado ou através de servidor designado pela Administração para encaminhamento do paciente, munido da autorização de fornecimento original;

4.3. Caso na data e hora marcada o profissional não possa atender o paciente, o prestador de serviços deverá providenciar a comunicação, com antecipação mínima de 24 (vinte e quatro) horas, com vistas à substituição de data, visando ao atendimento ao paciente, sem qualquer ônus para o Município;

4.4. Prestar os serviços de consultas médicas especializadas, atendimentos e exames conforme preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento, oferecido em sua proposta sobre as tabelas descritas no objeto;

4.5. Prestar os serviços de consultas médicas especializadas, atendimentos e exames incluindo materiais e equipamentos que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, inclusive quanto ao estabelecimento (clínica, consultórios, atendendo à legislação em vigor).

### **5. DA FINALIDADE**

5.1. O presente credenciamento tem por razão fundamental, exclusiva e excepcional, suprir de forma imediata as necessidades do Fundo Municipal de Saúde de Igaporã, restringindo-se as especialidades relacionadas no objeto deste Edital, devido à falta de médicos especialistas disponíveis na cidade para atendimento ao público, sendo defesa a utilização desse procedimento como substituição aos serviços médicos disponíveis no município pelo quadro de profissionais concursados ou contratados através de processo licitatório específico.



5.2. As consultas médicas especializadas, atendimentos e exames, quando haver mais de um profissional credenciado na mesma especialidade, serão disponibilizados pela escolha do beneficiado.

5.3. A Fundo Municipal de Saúde deverá autorizar a consulta médica especializada, o atendimento e o exame que será individual, de forma que possa suprir a especial, excepcional e singular necessidade de cada paciente em eventuais situações, que poderão ser justificadas por mais diversos fatores, tais como atendimento a Ordem Judicial, situação de vulnerabilidade grave de pacientes acometidos, situação de urgência e emergência, sendo para tanto gerado relatórios, documentos e Nota Fiscal para futuras ou eventuais averiguações.

5.4. As consultas médicas especializadas, atendimentos e exames deverão ser fornecidos prioritariamente de acordo com a demanda necessária da CONTRATANTE, não sendo permitida qualquer dilação desse prazo, de acordo com os prazos estabelecidos no item 2 (dois) deste Edital, sob pena de confrontar com a própria pretensão e o cumprimento do fim social do procedimento adotado.

## 6. JUSTIFICATIVA

6.1. Justifica-se esse procedimento em vista da necessidade pela alta demanda de consultas médicas especializadas, atendimentos e exames que o município vem necessitando para atender à população acometida sem que, para tanto, consiga-se contratar profissionais especialistas a não ser, em eventuais casos, especialidades por uma remuneração que inviabilizaria o município nas demais especialidades.

6.2. Para contemplar a população com consultas médicas especializadas, atendimentos e exames, não resta alternativa senão realizar a contratação de profissionais através do credenciamento, o que reduz significativamente os valores frente à contratação singular de cada profissional pelo município.

6.3. Outro fato relevante e de suma importância, é que na região de abrangência, não há profissionais especialistas disponíveis para a contratação individual; ademais, se houvessem profissionais disponíveis, o custo individual tornar-se-ia oneroso e inviável pela demanda existente no município.

6.4. Tem-se ainda, na demanda, eventuais casos especiais relacionados a determinação judicial, descumprimento de contrato (resultado de licitação), demissão de profissionais ou qualquer outro fato superveniente que possa causar dano imediato ao cidadão que necessita de consultas médicas especializadas, atendimentos e exames.

6.5. A justificativa dos preços praticados no credenciamento, foi obtida através da análise dos valores praticados no mercado, tendo se estabelecido um preço fixo, para todas as consultas médicas especializadas, atendimentos e exames.

## 7. DO ACESSO

7.1. O acesso ao credenciamento é livre para todas as pessoas jurídicas e/ou físicas do ramo de prestadoras dos serviços na área de saúde, conforme o objeto deste Edital, a partir da data de publicação aviso do edital de Chamamento Público nº 0008/2025.

## 8. DO RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS/INSCRIÇÃO, PERÍODO, LOCAL E HORA PARA A ENTREGA DOS ENVELOPES:

8.1 Para habilitar-se ao credenciamento, o interessado deverá requerê-lo, enquanto ficar aberto o processo de credenciamento, através de requerimento/proposta padrão (**Anexo II**), apresentando os documentos elencados no **item 10** do presente credenciamento, podendo se credenciar para tal, apresentando os documentos relacionados, em via original ou por qualquer processo de cópia, devendo, neste último caso, serem autenticadas por tabelião ou apresentadas com os respectivos originais, para autenticação por servidor do setor de licitações da Prefeitura Municipal de Igaporã.



8.2 Os interessados deverão entregar os Envelopes na sede da Prefeitura Municipal de Igaporã - Bahia, no Setor de Licitações e Contratos, localizado na Praça Bernardo de Brito, nº430 - Centro, Igaporã - Bahia, no **período de 22 de ABRIL de 2025 até 22 de ABRIL de 2026, de segunda a sexta-feira, no horário de 8:00h às 12:00.**

## 9. DA HABILITAÇÃO

9.1. Os interessados ao credenciamento deverão apresentar junto ao Setor de Licitações e Contratos, localizado na Sede da Prefeitura Municipal de Igaporã, sito na Praça Bernardo de Brito, nº 430 - Centro - Igaporã/BA, exclusivamente aos cuidados do Presidente da Comissão Permanente de Licitações, em um ENVELOPE LACRADO e INDEVASSÁVEL, os documentos dentro do prazo de validade, o envelope deverá conter a seguinte inscrição:

**Denominação do envelope: DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**

Razão Social da Empresa - nome completo do Médico;  
Município e endereço da Clínica/Consultório;  
Credenciamento nº 008/2025

### I - Para habilitação de Pessoa Física:

- 9.1.1. Cópia da Cédula de Identidade RG;
- 9.1.2. Cópia do CPF - Cadastro de Pessoa Física;
- 9.1.3. Cópia do comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Classe do profissional que vai prestar o serviço;
- 9.1.4. Cópia de comprovante de residência
- 9.1.5. Cópia do Certificado de habilitação para a especialidade pretendida de no mínimo 2 anos reconhecidos pelo MEC, ou título de especialista na área;
- 9.1.6. Relação dos equipamentos disponíveis para a realização dos procedimentos solicitados;
- 9.1.7. Alvará de Localização e funcionamento atualizado expedido pelo município sede do estabelecimento;
- 9.1.8. Alvará Sanitário atualizado expedido pelo município sede do estabelecimento;
- 9.1.9. Certidão Negativa de Débito Municipal
- 9.1.10. Certidão Negativa de Débito Estadual
- 9.1.11. Certidão Negativa de Débito Federal (conjunta);
- 9.1.12. Certidão Negativa de Débitos Trabalhista (CNDT)
- 9.1.13. Diploma de Graduação, frente e verso autenticado;
  - a) Declaração/Proposta onde conste, nº CPF, nº RG e nº de registro do Conselho do Órgão que representa o profissional, telefone, e-mail, endereço, e o nome do responsável pela assinatura do Contrato, solicitando seu credenciamento e declarando que aceita o valor fixado no presente Edital - **(modelo do anexo II).**
  - b) Declaração de aceitação das condições do presente Edital, sem restrições de qualquer natureza, e que se compromete a fornecer o objeto deste credenciamento pelo preço proposto e de ciência que cumprem plenamente os requisitos de habilitação; **(Modelo constante no Anexo III);**
  - c) Declaração do proponente de que não pesa contra si, Declaração de Idoneidade; **(conforme Anexo IV);**
  - d) Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal; **(Conforme Anexo V);**



## II - Para habilitação de Pessoa Jurídica:

- a) Cópia da Cédula de Identidade RG do Administrador que vai assinar o contrato;
- b) Cópia do CPF - Cadastro de Pessoa Física do Administrador que vai assinar o contrato;
- c) Cópia do Contrato Social e suas alterações;
- d) Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- e) Cópia do comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Classe do profissional que vai Prestar o serviço;
- f) Cópia de comprovante de residência do Profissional que vai prestar o serviço
- g) Cópia do Certificado de habilitação para a especialidade pretendida de no mínimo 2 anos reconhecidos pelo MEC, ou título de especialista na área;
- h) Relação dos equipamentos disponíveis para a realização dos procedimentos solicitados;
- i) Alvará de Localização e funcionamento atualizado expedido pelo município sede do Estabelecimento;
- j) Alvará Sanitário atualizado expedido pelo município sede do estabelecimento;
- k) Certidão Negativa de Débito Municipal
- l) Certidão Negativa de Débito Estadual
- m) Certidão Negativa de Débito Federal (conjunta);
- n) Certidão de regularidade com o FGTS e INSS;
- o) Certidão Negativa de Débitos Trabalhista (CNDT)
- p) Diploma de Graduação, frente e verso autenticado do profissional que vai prestar o serviço;
- q) Declaração/Proposta onde conste, nº CPF, nº RG e nº de registro do Conselho do Órgão que representa o Profissional, telefone, e-mail, endereço, e o nome do responsável pela assinatura do Contrato, solicitando seu credenciamento e declarando que aceita o valor fixado no presente Edital - **(modelo do anexo II)**.
- r) Declaração de aceitação das condições do presente Edital, sem restrições de qualquer natureza, e que se compromete a fornecer o objeto deste credenciamento pelo preço proposto e de ciência que cumprem plenamente os requisitos de habilitação; **(Modelo constante no Anexo III)**;
- s) Declaração do proponente de que não pesa contra si, Declaração de Idoneidade; **(conforme Anexo IV)**;
- t) Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal; **(conforme Anexo V)**;

**Obs.:** Será obrigatório, sob pena de inabilitação, que o licitante tenha em seu objeto social atividades compatíveis com o objeto deste Edital.

## 10. DA INSCRIÇÃO (PROPOSTA)

10.1. - A Clínica ou profissional deverá declarar em documento confeccionado preferencialmente com papel timbrado que aceita as condições de fornecimento das consultas médicas especializadas, atendimentos e exames, descrevendo os itens, especialidades e o valor de R\$ (\_\_\_\_), conforme tabela relacionada no objeto deste Edital **(ANEXO I)**;

## 11. DOS PROCEDIMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DOS PEDIDOS DE CREDENCIAMENTO

11.1. Depois de receber os documentos, a Comissão Permanente de Licitações analisará os envelopes e respectivos documentos exigidos para o Credenciamento;

11.2. Verificada a conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, quanto à documentação de habilitação, a clínica médica, o profissional especializado serão credenciados para a realização dos serviços;



11.3. Serão considerados credenciados a clínica médica, o profissional especializado que atender aos requisitos de habilitação sendo que não há competição de preços por se tratar de credenciamento para a prestação de serviços por preço pré-definido;

11.4. Em vista da espécie do presente procedimento de credenciamento, mormente em razão dos princípios constitucionais da impessoalidade e legalidade, todo e qualquer interessado que preencha os requisitos, mas não tenha se credenciado, poderá fazê-lo durante o horário de expediente no período definido junto ao Setor de Licitações, considerando, em qualquer caso, os mesmos critérios estabelecidos neste edital.

## **12. CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS**

12.1. Dentre as propostas dos proponentes serão credenciadas as que atenderem às exigências estipuladas neste edital, **sendo que o proponente deverá comprometer-se a atender ao(s) ITEM(ENS) INTERESSADO(S) COM TODOS, INDICANDO-O(S), BEM COMO A(S) QUANTIDADE(S) INTERESSADA(S) DE CADA ITEM, conforme descrito no Anexo I deste Edital.**

**12.2** Na apresentação dos documentos para o credenciamento o interessado deverá declarar expressamente qual(is) o(s) lote(s) pretendido(s), com todos os itens indicados, conforme o **Anexo I**, bem como a quantidade interessada de cada item, ficando ciente de que, caso seja habilitado além da quantidade discriminada no **Anexo I**, **ficará credenciado numa lista, podendo ser chamado a qualquer momento, a depender da necessidade da Administração.**

## **13. DAS CONDIÇÕES DA CONTRATAÇÃO**

13.1. Todos os que forem declarados Habilitados após a publicação do ato de credenciamento, poderão ser convocados, a assinar Contrato com o Município, colocando-se a disposição do mesmo para a execução dos itens do objeto ofertados.

13.2. Todas as empresas que comparecerem ao presente Chamamento Público para credenciamento e forem declaradas habilitadas serão convocadas para firmar Contrato com o Município de Igaporã para atendimento conforme demanda do município.

13.3. Os Licitante não situados no Município poderão se credenciar, devendo o fornecimento atender na forma estabelecida neste instrumento.

## **14. DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E DOS RECURSOS**

14.1. A divulgação dos resultados se dará sempre através de Edital de Credenciamento publicado em Órgão Oficial.

14.2. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado quanto à habilitação ou inabilitação, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis contados do primeiro dia útil subsequente à data da divulgação prevista no item acima, ficando nesse período autorizado, vistas ao seu processo junto à Comissão.

14.3. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação ou Inabilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso, salvo nas situações que poderão sanar as falhas.

14.4. O recurso deverá ser protocolado junto ao Setor ou através do e-mail: [licitacao@igapora.ba.gov.br](mailto:licitacao@igapora.ba.gov.br), ficando estabelecido prazo de até 05 (cinco) dias úteis para a Comissão reconsiderar a decisão ou encaminhá-lo para análise do Superior, que terá igual prazo para análise e decisão.

14.5. Somente o representante legal do interessado poderá interpor recurso.



14.6. Somente serão conhecidos os recursos tempestivos, motivados e não protelatórios.

14.7. Não serão admitidos mais de um recurso do interessado versando sobre o mesmo motivo de contestação.

14.8. Decidido em todas as instâncias administrativas sobre os recursos interpostos, o resultado será publicado no Órgão Oficial.

## **15. DA CONVOCAÇÃO**

15.1. As empresas consideradas HABILITADAS, serão convocadas pela Administração para firmarem contrato.

## **16. DO ACOMPANHAMENTO**

16.1. A Secretaria Municipal de Administração realizará o acompanhamento e fiscalização por meio de servidor designado.

## **17. DA VIGÊNCIA**

9.1.1. O período de vigência do contrato de credenciamento contado da assinatura até o dia 31/12/2024.

## **18. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL**

18.1. O presente processo de Chamamento Público para CREDENCIAMENTO poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação.

## **19. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

19.1. Cada parte, na execução do processo de credenciamento, deve arcar no âmbito de suas respectivas responsabilidades com toda e qualquer despesa de natureza social, trabalhista, previdenciária, tributária, securitária ou indenizatória.

19.2. 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 Processo de Credenciamento.

19.3. A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do Credenciado anulando-se a sua participação, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativas, cível ou criminal.

19.4. Será de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados disponíveis no Município ou divulgadas pelo Órgão Oficial.

19.5. Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Agente de Contratação e, em última instância, pelo Prefeito Municipal.

19.6. O prazo para a execução deverá ser imediato, conforme demanda do Município de Igaporã-BA.

## **20. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

20.1. As despesas decorrentes do presente contrato correrão por conta da dotação orçamentária vigente do exercício de 2025, nos exercícios seguintes, nas dotações orçamentárias consignadas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais.



| Unidade Gestora                 | Projeto/Atividade                                                  | Elemento de despesa                              | Fonte                                                |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2065 - Gestão das Ações da Atenção Primária                        | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica | 1600 - Transf.SUS-BI.de Manut.Ações e Serv.Púb.Saúde |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2065 - Gestão das Ações da Atenção Primária                        | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica | 1500 - REC. não Vinc. de Imp.                        |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2070 - Gestão das Ações do Fundo Municipal de Saúde                | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica | 1500 - REC. não Vinc. de Imp.                        |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2260 - Gestão de Outros Programas do Fundo a Fundo - Especializada | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica | 1600 - Transf.SUS-BI.de Manut.Ações e Serv.Púb.Saúde |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2260 - Gestão de Outros Programas do Fundo a Fundo - Especializada | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica | 1500 - REC. não Vinc. de Imp.                        |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2071 Gestão das Ações da Atenção Especializada - MAC               | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica | 1600 - Transf.SUS-BI.de Manut.Ações e Serv.Púb.Saúde |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2071 Gestão das Ações da Atenção Especializada - MAC               | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica | 1500 - REC. não Vinc. de Imp.                        |

## 22. DO FORO

22.1. Fica eleito o foro da Comarca de Igaporã Bahia, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da execução deste Edital.

Igaporã, BA, 26 de março de 2025.

**Magno de Oliveira Farias**  
Agente de Contratação



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 008/2025

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

**1. OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ATRAVÉS DE CLÍNICOS GERAIS, ESPECIALISTAS, EXAMES, CONSULTAS, PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, DESTINADOS A PACIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE GRAVE OU NÃO, DE URGÊNCIA OU NÃO E POR ORDEM JUDICIAL, DOS QUAIS O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO POSSUA EM SEU QUADRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, PARA ATENDER AOS MUNICÍPIOS DO MUNICÍPIO DE IGAPORÃ/BA.**

| CLÍNICO GERAL |                                                                                                                                                                                                                                          |         |             |          |                |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|----------|----------------|
| ITEM          | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                   | UNIDADE | QUANTIDADE/ | Nº VAGAS | VALOR UNITÁRIO |
| 1             | Prestação de Serviços médicos em atendimento de plantão de <b>24 horas</b> , conforme escala de trabalhos e horários de <b>segunda a sexta-feira</b> , determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose Olinto    | PLANTÃO | 264         | 8        | 1.850,00       |
| 2             | Prestação de Serviços médicos em atendimento de plantão de <b>12 horas</b> , conforme escala de trabalhos e horários de <b>segunda a sexta</b> , determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose Olinto Cotrim.  | PLANTÃO | 108         | 8        | 925,00         |
| 3             | Prestação de Serviços médicos em atendimento de plantão de <b>24 horas</b> , conforme escala de trabalhos e horários de <b>sábado e domingo</b> , determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose Olinto Cotrim. | PLANTÃO | 108         | 8        | 2.220,00       |
| 4             | Prestação de Serviços médicos em atendimento de plantão de <b>24 horas</b> , para atendimento em <b>FERIADOS</b> conforme escala de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose         | PLANTÃO | 48          | 4        | 2.469,00       |
| 5             | Autorizador no Hospital Municipal José Olinto Cotrim Fernandes, médico responsável pelos atendimentos das internações hospitalares ( <b>AIH</b> ),                                                                                       | Mês     | 12          | 1        | 2.000,00       |
| 6             | Prestação de Serviços médicos atendimento ambulatorial de 40 horas semanal, na Unidade de Atendimento <b>PSF do Centro</b> .                                                                                                             | Mês     | 12          | 1        | 12.350,00      |
| 7             | Prestação de Serviços médicos atendimento ambulatorial de 40 horas semanal, na Unidade de Atendimento <b>PSF da Cerquinha</b> .                                                                                                          | Mês     | 12          | 1        | 12.350,00      |
| 8             | Prestação de Serviços médicos atendimento ambulatorial de 40 horas semanal, na Unidade de Atendimento <b>PSF da Gameleira</b> .                                                                                                          | Mês     | 12          | 1        | 12.350,00      |



|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                   |                 |              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|-----------------|--------------|
| 9                               | Prestação de Serviços médicos atendimento ambulatorial de 40 horas semanal, na Unidade de Atendimento <b>PSF da Vila</b>                                                                                                                                                                     | Mês            | 12                | 1               | 12.350,00    |
| 10                              | Prestação de Serviços médicos atendimento ambulatorial de 40 horas semanal, na Unidade de Atendimento <b>PSF do Alto da</b>                                                                                                                                                                  | Mês            | 12                | 1               | 12.350,00    |
| 11                              | Prestação de Serviços médicos atendimento ambulatorial de 40 horas semanal, na Unidade de Atendimento <b>PSF do Tamboril.</b>                                                                                                                                                                | Mês            | 12                | 1               | 12.350,00    |
| 12                              | Prestação de Serviços médicos atendimento ambulatorial de 40 horas semanal, na Unidade de Atendimento <b>PSF da Limeira.</b>                                                                                                                                                                 | Mês            | 12                | 1               | 12.350,00    |
| <b>CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                   |                 |              |
| <b>ITEM</b>                     | <b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>UNIDADE</b> | <b>QUANTIDADE</b> | <b>Nº VAGAS</b> | <b>VALOR</b> |
| 13                              | Prestação de serviços médicos de <b>ortopedia e traumatologia</b> , responsável por consultas conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal José Olinto Cotrim.                                                             | MÊS            | 12                | 1               | 8.125,00     |
| 14                              | Prestação de Serviços médicos de <b>Urologia</b> responsável por consultas e procedimentos, exceto cirurgia de calculo renal no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose Olinto Cotrim. | MÊS            | 12                | 1               | 7.200,00     |
| 16                              | Prestação de Serviços médicos de <b>Ginecologista e Obstetrícia</b> no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose Olinto Cotrim.                                                          | CONSULTA       | 360               | 1               | 150,00       |
| 17                              | Prestação de Serviços médicos especialista em <b>Psiquiatria</b> , no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde.                                                                                                      | CONSULTA       | 1500              | 1               | 150,00       |
| 18                              | Prestação de Serviços médicos de <b>Oftalmologista</b> no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde.                                                                                                                  | CONSULTA       | 100               | 1               | 150,00       |
| 19                              | Prestação de Serviços médicos de <b>Cardiologista</b> no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose Olinto Cotrim.                                                                        | CONSULTA       | 720               | 1               | 150,00       |
| 20                              | Prestação de Serviços médicos de <b>Dermatologista</b> no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose Olinto Cotrim.                                                                       | CONSULTA       | 200               | 1               | 150,00       |



|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                    |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|-----------------|--------------|
| 21                                                                 | Prestação de Serviços médicos de <b>Endocrinologista</b> no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e                                                                                                                                                                                                                                                         | CONSULTA       | 500                | 1               | 150,00       |
| <b>EXAMES DE IMAGEM E CIRURGIAS ELETIVAS</b>                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                    |                 |              |
| <b>ITEM</b>                                                        | <b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>UNIDADE</b> | <b>QUANTIDADE/</b> | <b>Nº VAGAS</b> | <b>VALOR</b> |
| 22                                                                 | Prestação de serviços médicos de <b>Ultrassonografias</b> no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde, com médicos especializados de Ultrassonografia - exames marcado (abdômen total, obstétrico, abdome superior, vias urinárias, próstata, transvaginal, mamas, tireóide, região inguinal, região cervical, articulações, músculo/partes moles, testículos) | EXAME          | 2.800              | 1               | 97,00        |
| 23                                                                 | Prestação de Serviços médicos de <b>Cirurgia Geral/Eletiva</b> , a serem realizados em Centro de Especialidades ou outro local indicado pelo Fundo Municipal de Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                 | CIRURGIAS/MÊS  | ----               | 1               | 18.200,00    |
| 24                                                                 | Prestação de Serviços médicos de <b>Anestesista</b> , a serem realizados em Centro de Especialidades ou outro local indicado o Fundo Municipal de Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                               | CIRURGIAS/MÊS  | ----               | 1               | 12.000,00    |
| <b>EXAMES REALIZADOS DENTRO DO MUNICÍPIO</b>                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                    |                 |              |
| <b>ITEM</b>                                                        | <b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>UNIDADE</b> | <b>QUANTIDADE/</b> | <b>Nº VAGAS</b> | <b>VALOR</b> |
| 25                                                                 | ECOCARDIOGRAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | EXAME          | 300                | 1               | 280,00       |
| 26                                                                 | Realização Eletrocardiograma com laudos (ECG)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EXAME          | 2800               | 1               | 17,00        |
| 27                                                                 | TESTE ERGOMETRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | EXAME          | 100                | 1               | 200,00       |
| 28                                                                 | HOLTER 24 HRS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EXAME          | 100                | 1               | 180,00       |
| 29                                                                 | MAPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EXAME          | 100                | 1               | 180,00       |
| <b>CONSULTAS E EXAMES REALIZADOS EM CLÍNICAS FORA DO MUNICÍPIO</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                    |                 |              |
| <b>ITEM</b>                                                        | <b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>UNIDADE</b> | <b>QUANTIDADE/</b> | <b>Nº VAGAS</b> | <b>VALOR</b> |
| 30                                                                 | Anestesista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONSULTA       | 30                 | 1               | 350,00       |
| 31                                                                 | Geriatra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CONSULTA       | 30                 | 1               | 200,00       |
| 32                                                                 | Otorrino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CONSULTA       | 30                 | 1               | 200,00       |
| 33                                                                 | Pediatra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CONSULTA       | 30                 | 1               | 200,00       |
| 34                                                                 | Angiologista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CONSULTA       | 30                 | 1               | 200,00       |
| 35                                                                 | Neurologista pediátrico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONSULTA       | 30                 | 1               | 200,00       |
| 36                                                                 | Neurocirurgião                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CONSULTA       | 30                 | 1               | 300,00       |
| 37                                                                 | Hepatologista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONSULTA       | 30                 | 1               | 300,00       |
| 38                                                                 | Hematologista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONSULTA       | 30                 | 1               | 300,00       |
| 39                                                                 | Mastologista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CONSULTA       | 30                 | 1               | 200,00       |
| 40                                                                 | Buco-maxilo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONSULTA       | 30                 | 1               | 300,00       |
| 41                                                                 | Cirurgião de cabeça e pescoço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONSULTA       | 30                 | 1               | 300,00       |
| 42                                                                 | Nefrologista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CONSULTA       | 30                 | 1               | 350,00       |
| 43                                                                 | Proctologista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONSULTA       | 30                 | 1               | 200,00       |
| 44                                                                 | Pneumologista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONSULTA       | 30                 | 1               | 200,00       |



|    |                                                                          |          |     |   |          |
|----|--------------------------------------------------------------------------|----------|-----|---|----------|
| 45 | Reumatologista                                                           | CONSULTA | 30  | 1 | 300,00   |
| 46 | Retinólogo                                                               | CONSULTA | 20  | 1 | 250,00   |
| 47 | PAAF Tireoide                                                            | EXAME    | 15  | 1 | 900,00   |
| 48 | USG Transvaginal                                                         | EXAME    | 30  | 1 | 200,00   |
| 49 | USG da Tireoide                                                          | EXAME    | 30  | 1 | 100,00   |
| 50 | Dopple Venoso 1 membro                                                   | EXAME    | 30  | 1 | 430,00   |
| 51 | Dopple Venoso 2 membros                                                  | EXAME    | 30  | 1 | 600,00   |
| 52 | Cistoscopia                                                              | EXAME    | 30  | 1 | 1.320,00 |
| 53 | Biópsia da Mama com agulha Fina                                          | EXAME    | 30  | 1 | 2.000,00 |
| 54 | Biópsia da Mama com Agulha Grossa                                        | EXAME    | 30  | 1 | 800,00   |
| 55 | Ressonância Pélvica                                                      | EXAME    | 20  | 1 | 1.200,00 |
| 56 | Ressonância Abdome total                                                 | EXAME    | 30  | 1 | 1.200,00 |
| 57 | Cintilografia Óssea                                                      | EXAME    | 30  | 1 | 750,00   |
| 58 | Cintilografia Miocárdio                                                  | EXAME    | 20  | 1 | 1.450,00 |
| 59 | Urotomografia                                                            | EXAME    | 05  | 1 | 850,00   |
| 60 | Eletroneuromiografia cada Membro                                         | EXAME    | 25  | 1 | 300,00   |
| 61 | USG Venoso cada membro                                                   | EXAME    | 50  | 1 | 300,00   |
| 62 | USG com doppler                                                          | EXAME    | 50  | 1 | 280,00   |
| 63 | Biópsia de Pele                                                          | EXAME    | 15  | 1 | 400,00   |
| 64 | Tomografia TED                                                           | EXAME    | 05  | 1 | 1.200,00 |
| 65 | Eletroencefalograma                                                      | EXAME    | 10  | 1 | 180,00   |
| 66 | Espirometria                                                             | EXAME    | 10  | 1 | 250,00   |
| 67 | Raio X com laudo, perna, tornozelo, coluna, joelho, tórax, seios da face | EXAME    | 200 | 1 | 80,00    |
| 68 | USG morfológica                                                          | EXAME    | 80  | 1 | 250,00   |
| 69 | USG morfológica com Doppler                                              | EXAME    | 80  | 1 | 300,00   |
| 70 | USG Ocular                                                               | EXAME    | 80  | 1 | 350,00   |
| 71 | Mamografia                                                               | EXAME    | 200 | 1 | 120,00   |
| 72 | Quociente de inteligência                                                | TESTE    | 50  | 1 | 650,00   |
| 73 | BERA                                                                     | EXAME    | 50  | 1 | 750,00   |

**CONSULTAS E EXAMES NA SEDE DO MUNICÍPIO  
E CLÍNICAS FORA DO MUNICÍPIO**

| ITEM | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                | UNIDADE  | QUANTIDADE/<br>ANO | Nº VAGAS | VALOR<br>UNITÁRIO |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|----------|-------------------|
| 74   | Prestação de Serviços médicos de <b>Pediatria</b> , no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital                                 | CONSULTA | 500                | 1        | 90,00             |
| 75   | Prestação de Serviços médicos de <b>Neurologista</b> , no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e                                          | CONSULTA | 1.000              | 1        | 150,00            |
|      | Prestação de Serviços de <b>Fonoaudiologia</b> com especialidade no tratamento de crianças com Autismo, no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de | MÊS      | 12                 | 1        | 3.600,00          |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |     |   |          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|---|----------|
| 76 | Fonoaudiologia com especialidade em fono hospitalar, disfagia /distúrbio da deglutição                                                                                                                                                                                     | Consulta | 100 | 1 | 150,00   |
| 77 | Prestação de Serviços de <b>Neuropsicologia</b> , com especialidade no tratamento de crianças com Autismo, no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Jose Olinto Cotrim. | MÊS      | 12  | 1 | 3.600,00 |
| 78 | Prestação de Serviços de <b>Terapeuta ocupacional</b> com especialidade no tratamento de crianças com Autismo, no atendimento ambulatorial, conforme as escalas de trabalhos e horários determinados pelo Fundo Municipal de Saúde e do Hospital                           | CONSULTA | 100 | 1 | 220,00   |
| 79 | Prestação de Serviços médicos de <b>Colonoscopia</b> , conforme solicitação do Fundo                                                                                                                                                                                       | EXAME    | 240 | 1 | 650,00   |
| 80 | Prestação de Serviços médicos de <b>Endoscopia</b> , conforme solicitação do Fundo Municipal de Saúde.                                                                                                                                                                     | EXAME    | 240 | 1 | 220,00   |
| 81 | Prestação de Serviços médicos de <b>Ressonância</b> , conforme solicitação do Fundo                                                                                                                                                                                        | EXAME    | 300 | 1 | 350,00   |
| 82 | Prestação de Serviços médicos de <b>Tomografia COM contraste</b> , conforme solicitação do Fundo Municipal de Saúde.                                                                                                                                                       | EXAME    | 240 | 1 | 450,00   |
| 83 | Prestação de serviços médicos de <b>Tomografia SEM contraste</b> , conforme solicitação do Fundo Municipal de Saúde.                                                                                                                                                       | EXAME    | 240 | 1 | 350,00   |
| 84 | Prestação de Serviços médicos com <b>Gastroenterologista</b> , conforme solicitação do Fundo Municipal de Saúde.                                                                                                                                                           | EXAME    | 240 | 1 | 200,00   |

**EXAMES LABORATORIAIS QUE NÃO SÃO REALIZADOS PELO MUNICÍPIO**

| ITEM | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS        | UNIDADE | QUANTIDADE/ANO | Nº VAGAS | VALOR UNITÁRIO |
|------|-------------------------------|---------|----------------|----------|----------------|
| 85   | Sódio                         | EXAME   | 500            | 1        | 13,00          |
| 86   | Potássio                      | EXAME   | 500            | 1        | 13,00          |
| 87   | Magnésio                      | EXAME   | 500            | 1        | 15,00          |
| 88   | Cálcio sérico                 | EXAME   | 500            | 1        | 15,00          |
| 89   | Cálcio iônico                 | EXAME   | 500            | 1        | 15,00          |
| 90   | Lipase                        | EXAME   | 500            | 1        | 15,00          |
| 91   | Hemoglobina glicada           | EXAME   | 500            | 1        | 25,00          |
| 92   | FAN                           | EXAME   | 500            | 1        | 15,00          |
| 93   | Mucoproteína                  | EXAME   | 500            | 1        | 30,00          |
| 94   | Teste de tolerância a lactose | EXAME   | 500            | 1        | 60,00          |
| 95   | Vitamina C                    | EXAME   | 500            | 1        | 100,00         |
| 96   | Vitamina B12                  | EXAME   | 500            | 1        | 40,00          |
| 97   | 25-hidroxivitaminaD ( 25-VD3) | EXAME   | 500            | 1        | 70,00          |
| 98   | Ferro sérico                  | EXAME   | 500            | 1        | 15,00          |
| 99   | Ferritina                     | EXAME   | 500            | 1        | 30,00          |



|     |                                  |       |     |   |        |
|-----|----------------------------------|-------|-----|---|--------|
| 100 | Índice de saturação transferrina | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |
| 101 | Zinco                            | EXAME | 500 | 1 | 60,00  |
| 102 | Selênio                          | EXAME | 500 | 1 | 60,00  |
| 103 | Dosagem de carbamazepina         | EXAME | 500 | 1 | 60,00  |
| 104 | Dosagem de oxcarbazepina         | EXAME | 500 | 1 | 60,00  |
| 105 | LDH                              | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |
| 106 | IGE total                        | EXAME | 500 | 1 | 25,00  |
| 107 | Anti-HCV                         | EXAME | 500 | 1 | 35,00  |
| 108 | HBS-AG                           | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |
| 109 | TAP                              | EXAME | 500 | 1 | 25,00  |
| 110 | TTPA                             | EXAME | 500 | 1 | 25,00  |
| 111 | FTA-ABS                          | EXAME | 500 | 1 | 70,00  |
| 112 | HLA B27                          | EXAME | 500 | 1 | 220,00 |
| 113 | Coombs direto                    | EXAME | 500 | 1 | 35,00  |
| 114 | Coombs indireto                  | EXAME | 500 | 1 | 35,00  |
| 115 | Citologia oncótica               | EXAME | 500 | 1 | 80,00  |
| 116 | Proteínas totais e frações       | EXAME | 500 | 1 | 15,00  |
| 117 | Dosagem de insulina              | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |
| 118 | Cortisol                         | EXAME | 500 | 1 | 60,00  |
| 119 | Fibrinogênio                     | EXAME | 500 | 1 | 60,00  |
| 120 | Homocisteína                     | EXAME | 500 | 1 | 65,00  |
| 121 | CEA                              | EXAME | 500 | 1 | 35,00  |
| 122 | CA 125                           | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |
| 123 | CA 15/3                          | EXAME | 500 | 1 | 35,00  |
| 124 | CA 19/9                          | EXAME | 500 | 1 | 45,00  |
| 125 | Complemento C3                   | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |
| 126 | Complemento C4                   | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |
| 127 | Complemento C450                 | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |
| 128 | D- Dímero                        | EXAME | 500 | 1 | 110,00 |
| 129 | Anticoagulante lúpico            | EXAME | 500 | 1 | 50,00  |
| 130 | Anti CCp                         | EXAME | 500 | 1 | 100,00 |
| 131 | Antitireoglobulina               | EXAME | 500 | 1 | 30,00  |

## 2 - DA JUSTIFICATIVA

Inicialmente é importante ressaltar que, a Constituição Federal determina que, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, onde a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. Considerando que o Município não dispõe de profissionais em número suficiente, para atender às demandas assistenciais necessárias para o funcionamento dos serviços sob suas responsabilidades, a contratação em tela, visa ampliar os serviços próprios, cuja a oferta desses prestadores de serviços é insuficiente para a demanda do Sistema Único de saúde no Município.

Vale ressaltar que quando falamos de Saúde, entendemos que as demandas são imediatas e eventuais e, na maioria das situações a ausência de profissionais médicos, podem comprometer gravemente a saúde dos pacientes, por isso a escolha do credenciamento para celeridade de contratação de serviços médicos, como meio de promover rapidamente a reposição ou a substituição de profissionais em casos de ausência, sendo dessa forma, um benefício relevante na gestão da assistência em saúde, garantindo assim, a alocação de serviços médicos sempre que necessário.



## **Do quantitativo**

A estimativa da quantidade a ser contratada (ANEXO I) baseou-se no histórico de plantões e procedimentos médicos realizados nos últimos anos. Considerou ainda a necessidade de implantação de novos serviços, aumentando a oferta na urgência e emergência, consequentemente melhorando significativamente o atendimento à população pela Secretaria Municipal de Saúde de Igaporã.

## **3- CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO**

- 3.1. Definida a escala, esta será assinada pelo credenciado e pela Secretaria Municipal de Saúde para posterior publicação;
- 3.2. As empresas credenciadas, disponibilizarão à Secretaria Municipal de Saúde relação dos médicos disponibilizados para a prestação dos serviços.
- 3.3. O quantitativo das escalas clínicas e cirúrgicas necessários serão distribuídos de acordo com a classificação das empresas habilitadas por este processo de credenciamento;
- 3.4. Para os fins de credenciamento, os profissionais credenciados permanecerão no local de plantão durante todo o período sob sua responsabilidade, não sendo permitido ao médico se ausentar inclusive para refeições (deverão ser realizadas dentro da unidade hospitalar), sob pena de aplicação das sanções e/ou seu descredenciamento, além de denúncia junto ao Conselho Regional de Medicina por se tratar de infração médica;
- 3.5. Os credenciados obedecerão as escalas elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde - Direção do Hospital, conforme a necessidade dos serviços;
- 3.6. A escala de plantões deverá ser cumprida rigorosamente pelos credenciados. O não comparecimento de profissional em escala prevista estará sujeito às penalidades previstas no código de ética médica vigente assim como às penalidades administrativas previstas na minuta do contrato;

## **4- FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO**

A fundamentação da contratação e de seus quantitativos encontra-se detalhada em tópico específico na Minuta do Edital de credenciamento que encontra-se nesse processo.

## **5- DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO**

O intuito de se realizar o credenciamento é possibilitar o ingresso de novos interessados que atendam aos requisitos especificados pela Administração, aumentando, sobremaneira, o número de participantes em prol do interesse público; dessa forma, a Administração Pública tratará de forma isonômica os possíveis; Considerando que o Município não dispõe de profissionais em número suficiente, para atender às demandas assistenciais necessárias para o funcionamento dos serviços sob suas responsabilidades, a contratação em tela, visa ampliar os serviços próprios, cuja a oferta desses prestadores de serviços é insuficiente para a demanda do Sistema Único de saúde no Município.

## **6- REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

- 6.1. Para fins de credenciamento, os interessados deverão apresentar a seguinte documentação, em cópia simples:



Apresentar atestado(s) de capacidade técnica ou contrato de prestação de serviços fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome da empresa ou em nome do representante legal, que comprove(m) sua aptidão para o desempenho das atividades de serviços médicos;

- a) Cartão de CNPJ;
- b) Alvará de Funcionamento;
- c) Ato Constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedades comerciais. No caso de sociedade por ações, apresentar também documento de eleição de seus administradores. Registro Comercial em se tratando de empresa individual;
- d) Prova de Regularidade com a Fazenda Nacional;
- e) Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
- f) Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual;
- g) Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal;
- h) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;
- i) Relação do corpo clínico contendo a seguinte documentação, por profissional:
- j) Diploma de Graduação expedido por Instituição de Ensino reconhecida pelo MEC (frente/verso);
- k) Documento de identidade do Conselho de classe que contenha referência do RG e/ou CPF;
- l) Comprovantes de titulação (RQE, residência médica, pós-graduação Lattu Sensu reconhecida pelo MEC, mestrado, doutorado, cursos na área afim). m) Comprovante de quitação com o CRM;
- n) Certidão de antecedentes éticos do CRM o) Título de eleitor e comprovante de quitação eleitoral.

A capacidade econômica e financeira será comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:

- a) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;

## **7- OBRIGAÇÕES DAS PARTES Da Contratada**

7.1.As despesas com alimentação, transporte, remuneração e impostos incidentes sobre os serviços tanto de seus serviços, serão de responsabilidade da CONTRATADA;

7.2.Permitir e facilitar à fiscalização ou supervisão do CONTRATANTE, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados;

7.3.Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;

7.4.Apresentar, mensalmente, nota fiscal, arcando com o pagamento das contribuições para o INSS, do IR - Imposto de Renda e ISS - Imposto Sobre Serviços, cujos valores serão descontados pelo CONTRATANTE no momento do pagamento.

7.5.Garantir boa qualidade dos serviços prestados;

7.6.Dar ciência, imediatamente e por escrito, de qualquer anormalidade que verificar na execução do objeto, bem como, prestar esclarecimentos que forem solicitados pela contratante;

7.7.Não deixar de executar qualquer atividade necessária à perfeita execução do objeto, sob qualquer alegação, mesmo sob pretexto de não ter sido executada anteriormente qualquer tipo de procedimento;

7.8.Prestar qualquer tipo de informação solicitada pela contratante sobre os serviços prestados, bem como fornecer qualquer documentação julgada necessária ao perfeito entendimento do objeto deste Termo de Referência;

7.9.Atender prontamente a quaisquer exigências da Fiscalização da Contratante, inerentes ao objeto desta contratação.



7.10. Cumprir integralmente com a ordem de serviços;

#### **Da Contratantes**

7.11. Acompanhar e fiscalizar a execução contratual, recebendo seu objeto, conforme especificações constantes do presente credenciamento;

7.12. Realizar o pagamento ao Credenciado (a) no mês subsequente ao mês em que os serviços forem prestados, conforme constante deste Termo de Referência;

7.13. Notificar ao CREDENCIADO da ocorrência de qualquer descumprimento dos termos do edital e respectivo contrato;

7.14. Efetuar os pagamentos nos prazos estabelecidos e de conformidade com o número de consultas/plantões/procedimentos realizados, contra a apresentação da respectiva nota fiscal, através de crédito em conta;

7.15. Dos valores a serem pagos serão descontados INSS, IR - Imposto de Renda e ISS- Imposto Sobre Serviços.

7.16. Fornecer ao CREDENCIADO todos os dados e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços credenciados;

7.17. Regular, autorizar, auditar, acompanhar e avaliar os serviços prestados

7.18. Proporcionar todas as facilidades para a contratada executar o fornecimento do objeto do presente Termo de Referência;

7.19. Comunicar prontamente a contratada qualquer anormalidade na execução do objeto, podendo recusar o recebimento, caso não esteja de acordo com as especificações e condições estabelecidas.

7.20. Efetuar o pagamento à contratada, de acordo com as condições estabelecidas neste Termo de Referência;

7.21. Promover o acompanhamento e fiscalização da execução do objeto contratado de forma que sejam mantidas todas as condições estipuladas neste termo.

#### **8- CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

8.1. O pagamento será feito, mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente ao da prestação de serviço, mediante apresentação da respectiva nota fiscal juntamente com as certidões de regularidade fiscal e depois de atestada pelo Contratante a satisfação do objeto, por meio de transferência bancária.

8.2. Ocorrendo erros na apresentação do documento fiscal, o mesmo será devolvido à contratada para correção, ficando estabelecido que o prazo para pagamento será contado a partir da data de apresentação da nova fatura, devidamente corrigida.

8.3. Para fazer jus ao recebimento do pagamento pelos serviços prestados, além de preencher os requisitos descritos acima, a empresa credenciada deverá observar as seguintes obrigações funcionais:

I. Assiduidade;

II. Pontualidade;

III. Registrar frequência diária, sob responsabilidade da Direção da Unidade em que o profissional médico disponibilizado pela empresa credenciada está vinculado, para fins de comprovação de horários de entrada e saída dos plantões; Nenhum pagamento será efetuado à credenciada enquanto houver pendência de ajuste no faturamento. Esse fato não será gerador de direito a reajustamento de preços ou a atualização monetária.

#### **9- DA SUBCONTRATAÇÃO**



Não será admitida a subcontratação do objeto deste procedimento.

#### **10- DA PESQUISA DE PREÇOS**

Os preços foram estimados com base em pesquisas realizadas de outros processos de cidades vizinhas e comparando com os valores praticados no mercado e tabela SUS.

#### **11- DAS INFORMAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS**

Os recursos orçamentários necessários ao registro das despesas correrão por conta das dotações que serão informadas pelo Departamento de Contabilidade quando da formalização do futuro termo contratual ou nota de empenho.

#### **12- DOS PRAZOS**

O prazo de vigência para o futuro termo contratual será de 12 (doze) meses, contados a partir da emissão da ordem de serviço, com possibilidade de renovação por até 60 (sessenta) meses conforme legislação vigente, com eficácia legal após a publicação do seu extrato no Diário Oficial do Município.

#### **13- DA FISCALIZAÇÃO**

13.1 A responsabilidade pela gestão desta contratação ficará a cargo do servidor indicado em portaria a ser publicada pela Secretaria Municipal de Saúde.

13.2 A omissão total ou parcial da fiscalização não eximirá a contratada da integral responsabilidade pelos encargos ou serviços que são de sua competência.

13.3 A fiscalização de que trata este objeto não exclui nem reduz a responsabilidade do contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios ou emprego de ferramentas inadequadas, e na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e propositos.

#### **14- CONDIÇÕES GERAIS**

As obrigações recíprocas entre a futura contratada e o Município de Igaporã/BA correspondem ao estabelecido no presente Termo de Referência.

LAÍSE FAGUNDES FARIAS  
Secretária Municipal de Saúde



**ANEXO II**

**MODELO REQUERIMENTO**

À Comissão Permanente de Licitações:

O interessado abaixo qualificado requer seu Credenciamento através do Chamamento público de Credenciamento nº 008/2025, que tem por objeto o **CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ATRAVÉS DE CLÍNICOS GERAIS, ESPECIALISTAS, EXAMES, CONSULTAS, PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, DESTINADOS A PACIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE GRAVE OU NÃO, DE URGÊNCIA OU NÃO E POR ORDEM JUDICIAL, DOS QUAIS O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO POSSUA EM SEU QUADRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, PARA ATENDER AOS MUNICÍPIOS DO MUNICÍPIO DE IGAPORÃ/BA.**

**RAZÃO SOCIAL:**

**ENDEREÇO COMERCIAL:**

**CNPJ:**

**REPRESENTANTE LEGAL**

O interessado afirma quais os itens constantes no edital do referido certame irão atender, e que aceita as condições do presente edital, sem restrições de qualquer natureza e se compromete a prestação de serviços:

| ITEM | HISTÓRICO | UNID | QUANT | V.<br>UNIT |
|------|-----------|------|-------|------------|
|      |           |      |       |            |
|      |           |      |       |            |

(inserir o local), (inserir o dia) de (inserir o mês) de (inserir o ano).

(carimbo, nome, RG, CPF e assinatura).



### ANEXO III

#### MODELO DECLARACAO DE IDONEIDADE

À

Comissão Permanente de Licitações

Declaramos para os fins de direito, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas e nem está suspensa em nenhum Órgão Público Federal, Estadual ou Municipal, bem como inexistente fato superveniente impeditivo da habilitação. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

(inserir o local), (inserir o dia) de (inserir o mês) de (inserir o ano).(carimbo, nome, RG, CPF e assinatura)



**ANEXO IV**

**MODELO DECLARAÇÃO ART. 7º, INC. XXXIII DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

AO

SETOR DE LICITAÇÕES

DECLARAMOS, na qualidade de Proponente para o CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 008/2025, instaurado pelo Município de Igaporã, que não empregamos menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregamos menor de dezesseis anos em quaisquer atividades, para fins do disposto na Lei Federal nº 14.133/21, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999.

(inserir o local), (inserir o dia) de (inserir o mês) de (inserir o ano). (carimbo, nome, RG, CPF e assinatura)



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 008/2025

ANEXO V

MINUTA - CONTRATO N.º ...../2025

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM  
O MUNICÍPIO DE IGAPORÃ BAHIA E A EMPRESA  
..... PARA O FORNECIMENTO DE  
..... CREDENCIADA ATRAVÉS DO  
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 008/2025.

O **MUNICÍPIO DE IGAPORÃ, Estado da Bahia**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob nº 13.811.484/0001-09, situada na Praça Bernardo de Brito, nº 430, Centro – CEP: 46.490-000 - Igaporã-Ba, denominado daqui por diante de CONTRATANTE, representado neste ato pelo Sr. NEWTON FRANCISCO NEVES COTRIM, brasileiro, casado, advogado, portador do RG: 0516866001-SSP-BA e CPF: 744.042.615-00, residente e domiciliado na Rua Bahia, nº 09, Alto do Cruzeiro, Igaporã – Bahia, legalmente investido e no exercício de pleno mandato, e **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGAPORÃ/BA**, inscrito no CNPJ sob nº 10.421.872/0001-87, representado pelo Secretário Municipal de Saúde, a Sra. **LAISE FAGUNDES FARIAS**, brasileira, Solteira, inscrita no CPF sob nº 033.373.815-29 e RG. nº 0963058436, emitido pela SSP/BA, residente na Rua Amapá, nº 39, Bairro Mulungu – Igaporã-Ba, denominado CONTRATANTE, doravante denominado CONTRATANTE, e a **CONTRATADA – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrito no CNPJ sob nº XXXXXXXXXXXXXXXX, com sede na Rua, XXXXXXXXXXXXXXXX, Bairro, XXXXXXXX, Cidade, XXXXXXXXXXXX, UF, XX, CEP: XXXXXX, pessoa jurídica de direito privado, neste ato representada pelo XXXXXXXXXXXXXXXX, inscrito no CPF sob nº XXXXXXXXXXXX e documento de identidade nº RG nº XXXXXXXXXXXX, residente na Rua XXXXXXXXXXXXXXXX, Bairro, XXXXXXXX, Cidade, XXXXXXXX, UF, XX, CEP: XXXXXX, mediante ato publicado no **Credenciamento nº 008/2025**, Processo Administrativo nº 052/2025 e Regulamento, resolve celebrar o presente termo de adesão, que se regerá pela Lei Federal nº 14.133/21, mediante as cláusulas e condições a seguir ajustadas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1 - Este Contrato tem como origem o Edital de Credenciamento \_\_\_\_/2025, instaurado pelo Município de Igaporã/BA, através do Fundo Municipal de Saúde, o credenciamento para a contratação de pessoas físicas ou jurídicas para a prestação de serviços médicos através de clínicos gerais, especialistas, exames, consultas, para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede pública municipal de saúde, interessadas em prestar serviços de saúde nas especialidades médicas, destinados a pacientes em situação de vulnerabilidade grave ou não, de urgência ou não e por ordem judicial, dos quais o Fundo Municipal de Saúde não possua em seu quadro de profissionais da saúde, conforme solicitação do Fundo Municipal de Saúde, para atender aos munícipes do Município de Igaporã/BA, sendo:

| ITEM | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | UNIDADE | QUANTIDADE/ANO | VALOR UNITÁRIO |
|------|------------------------|---------|----------------|----------------|
|      |                        |         |                |                |
|      |                        |         |                |                |
|      |                        |         |                |                |

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS PREÇOS E DO PAGAMENTO:**

1. O valor total deste CREDENCIAMENTO é de R\$ (\_\_\_\_\_). No valor CREDENCIADO estão incluídas todas as despesas com materiais e equipamentos, mão de obra, transportes, leis sociais,



ferramentas, seguro, todos os tributos incidentes e demais encargos, enfim, todos os custos diretos e indiretos necessários para entrega completa dos objetos discriminados nos anexos do Edital.

**2. Os preços serão fixos e irreajustáveis;**

3. É admitida estipulação de correção monetária ou de reajuste por índice de preços gerais, setoriais ou que reflitam a variação dos custos de produção ou insumos utilizados nos Credenciamentos de prazo de duração igual ou superior a um ano, sendo nula, por sua vez, qualquer estipulação de reajuste ou correção monetária de periodicidade inferior a um ano.

4. Caso haja reajuste de preços, os mesmos serão calculados pela tabela do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). Excepcionalmente, poder-se-á utilizar outros parâmetros de reajuste, desde que reflitam a variação dos custos de produção ou insumos utilizados pelos credenciados, respeitados os preços médios praticados na região.

5. O pagamento será efetuado de acordo com a prestação de serviço, até 20 (dez) dias após a apresentação da Nota Fiscal, devidamente atestada pela competente liquidação da despesa.

6. Se o serviço não for executado conforme as especificações, o pagamento ficará suspenso até execução correta.

7. Em caso de irregularidade na emissão dos documentos fiscais, o prazo de pagamento será contado a partir de sua representação, desde que devidamente regularizados.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E EXECUÇÃO DO OBJETO:**

1. O CREDENCIAMENTO terá vigência a partir da data da assinatura.

2. O prazo para início dos serviços será a partir da assinatura do CREDENCIAMENTO. Até XXXXX de XXXXXXXXXX de 2025, podendo ser prorrogado de acordo com as especificações da lei 14.133/2021 e suas posteriores alterações.

3. A CREDENCIADA ficará obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que fizerem necessários no quantitativo do objeto CREDENCIADO, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do CREDENCIAMENTO.

4. A Secretaria de Saúde poderá recusar todo e qualquer serviço realizado em desacordo com a Autorização, no que se refere à execução do mesmo com o apresentado no REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO, obrigando-se a CREDENCIADA a executá-lo de modo pertinente sem quaisquer ônus adicionais.

**CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

Os recursos decorrentes dessa contratação estão previstos nas seguintes dotações orçamentárias:

| Unidade Gestora                 | Projeto/Atividade                           | Elemento de despesa                                                                         | Fonte                                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2065 - Gestão das Ações da Atenção Primária | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa | 16000000 - SUS                                                      |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2065 - Gestão das Ações da Atenção Primária | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa | 15001002 - Receita de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde<br>15% |



|                                 |                                                                    |                                                                                                    |                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2068 - Gestão das Ações de Equipes de Saúde da Família - PSF       | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa        | 16000000 - SUS                                                   |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2068 - Gestão das Ações de Equipes de Saúde da Família - PSF       | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Física | 15001002 - Receita de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde 15% |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2070 - Gestão das Ações do Fundo Municipal de Saúde                | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa        | 15001002 - Receita de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde 15% |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2085 - Gestão das Ações de Equipes de Saúde Bucal                  | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa        | 16000000 - SUS                                                   |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2260 - Gestão de Outros Programas do Fundo a Fundo - Especializada | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. -               | 16000000 - SUS                                                   |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2260 - Gestão de Outros Programas do Fundo a Fundo - Especializada | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Física | 15001002 - Receita de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde 15% |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 290 - Gestão das Ações do CAPS                                     | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. -               | 16000000 - SUS                                                   |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 290 - Gestão das Ações do CAPS                                     | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa        | 15001002 - Receita de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde 15% |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2067 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - ACS           | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa        | 16000000 - SUS                                                   |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2067 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - ACS           | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Física | 15001002 - Receita de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde 15% |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2192 - Gestão das Ações da Atenção Especializada - SAMU            | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. -               | 16000000 - SUS                                                   |



|                                 |                                                               |                                                                                                    |                                                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2192 - Gestão das Ações da Atenção Especializada – SAMU       | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Física | 15001002 - Receita de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde<br>15% |
| 0205 - Fundo Municipal de Saúde | 2289 - Gestão de Outros Programas do Fundo a Fundo – Primária | 339039 - Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica<br>339036 - Outros Serviços Terc. - Pessoa        | 16000000 - SUS                                                      |

#### CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES GERAIS:

Deverá a CREDENCIADA observar, também, o seguinte:

- 1.É expressamente proibida a contratação de servidor pertencente ao quadro de pessoal do CREDENCIANTE durante a vigência deste CREDENCIAMENTO;
- 2.Este CREDENCIAMENTO poderá ser alterado nos casos previstos na Lei 14.133/2021, desde que haja interesse da Administração do CREDENCIANTE, com a apresentação das devidas justificativas adequadas a este CREDENCIAMENTO.
- 3.Durante a sua vigência o CREDENCIAMENTO será acompanhado e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde, Controladoria Interna da Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde ou por servidores e empresas devidamente autorizado para tal, representando o CREDENCIANTE. Também estará sujeito a fiscalização, auditoria e inspeção pelos demais órgãos de controle interno e externo.
- 4.A Secretaria Municipal de Saúde anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do CREDENCIAMENTO, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.
- 5.As decisões e providências que ultrapassarem a competência do representante deverão ser solicitadas ao órgão competente, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.
- 6.Além do acompanhamento e da Fiscalização, o gestor do CREDENCIAMENTO designado pela CREDENCIANTE poderá, ainda, sustar qualquer execução que esteja em desacordo com o especificado, sempre que essa medida se tornar necessária.
- 7.Não obstante a CREDENCIANTE seja a única e exclusiva responsável pela execução do CREDENCIAMENTO, a CREDENCIANTE reserva-se o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessas responsabilidades, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre a execução do objeto ajustado, diretamente ou por prepostos designados.

#### CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES:

1. A CREDENCIADA está sujeita à multa de 0,6 % (zero vírgula seis por cento) sobre o valor total deste CREDENCIAMENTO por dia e por descumprimento de obrigações fixadas no Edital. A multa tem de ser recolhida pela CREDENCIADA no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da data da notificação.
2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste CREDENCIAMENTO, a Administração do CREDENCIANTE ou Administração Pública, poderá garantida a prévia defesa, aplicar à CREDENCIADA as seguintes sanções:
  - a. Advertência;
  - b. Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do CREDENCIAMENTO, no caso de inexecução total do objeto CREDENCIADO, recolhida no prazo de 05 (cinco) dias, contado da comunicação oficial; Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração do CREDENCIANTE, pelo prazo de até 5 (cinco) anos.
- 3.Ficará impedida de licitar e de contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, garantido o direito prévio da citação e da ampla defesa, enquanto perdurarem os motivos determinantes da



punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a CREDENCIADA que:

- a. Ensejar o retardamento da execução do objeto deste CREDENCIAMENTO;
- b. Não manter a proposta, injustificadamente;
- c. Comportar-se de modo inidôneo;
- d. Fizer declaração falsa;
- e. Cometer fraude fiscal;
- f. Falhar ou fraudar na execução deste CREDENCIAMENTO.

4. Além das penalidades citadas, a CREDENCIADA ficará sujeita, ainda, ao cancelamento de sua inscrição no Cadastro de Fornecedores do CREDENCIANTE e, no que couber às demais penalidades referidas na Lei n.º 14.133/2021.

5. Comprovado impedimento ou reconhecida força maior, devidamente justificado e aceito pela Administração do CREDENCIANTE, a CREDENCIADA ficará isenta das penalidades mencionadas nos itens 1 a 3 desta Cláusula. 6. As sanções de advertência e de impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública poderão ser aplicadas à CREDENCIADA juntamente com a de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO:**

1. A inexecução total ou parcial deste CREDENCIAMENTO enseja a sua rescisão, conforme disposto nos artigos 137 e seguintes da Lei Federal nº 14.133/21.

2. A rescisão deste CREDENCIAMENTO poderá ser:

- a. Determinada por ato unilateral e escrita da Administração do CREDENCIANTE, nos casos enumerados nos incisos I a IV e VX do artigo 137 da Lei mencionada, notificando-se a CREDENCIADA com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias;
- b. Amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração do CREDENCIANTE;
- c. Judicial, nos termos da legislação vigente sobre a matéria.

3. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

- a. Os casos de rescisão ajuste serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DO FORO**

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Para dirimir quaisquer questões oriundas deste Contrato, as partes elegem o Foro da Comarca de Igaporã, quando as mesmas não puderem ser resolvidas de comum acordo. E, por estarem as partes, justas e contratadas, firmam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Igaporã-Bahia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

**MUNICÍPIO DE IGAPORÃ – BAHIA**

**CNPJ: 13.811.484/0001-09**

**NEWTON FRANCISCO NEVES COTRIM**

**CONTRATANTE**



ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGAPORÃ

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGAPORÃ/BA**  
**CNPJ nº 10.421.872/0001-87**  
**LAÍSE FAGUNDES FARIAS**  
**CONTRATANTE**

**NOME/EMPRESA**  
**CNPJ**  
**CONTRATADA**

**Testemunhas:**

**01.** \_\_\_\_\_  
**CPF:**

**02.** \_\_\_\_\_  
**CPF:**