DECLARAÇÃO DE RETIRADA DE EDITAL

|  |
| --- |
| Razão Social/Nome: |
| CNPJ/CPF: |
| Endereço: |
| E-mail: |
| Cidade: | Estado: | CEP: |
| Telefone: |
| Pessoa que recebeu: |
| Retiramos nesta data cópia do Edital na modalidade de:( ) Pregão presencial;( ) Concorrência;( ) Tomada de preços;( x ) Credenciamento;( ) Convite.Número: 06/2021Entidade: Fundo Municipal de Saúde |
| Data: |

Senhor licitante,

 Visando à comunicação futura entre esta Prefeitura e essa empresa, solicito de Vossa Senhoria preencher a solicitação de entrega do Edital e remeter por meio do e-mail: licita@calmon.sc.gov.br.

 A não remessa do recibo exime o Departamento de Licitações do Município de Calmon da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório e de quaisquer informações adicionais.

**Setor de Licitações da Prefeitura do Município de Calmon**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2021**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 45/2021**

O MUNICÍPIO DE CALMON, pessoal jurídica de direito público interno, CNPJ 95.949.806/0001-37, com sede administrativa na Rua Miguel Dzumann, 315, centro, CEP 89.430-000, nesta cidade, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CALMON**, nos termos do art. 25, *caput*, da Lei n. 8.666/1993, torna público o **CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM ORTOPEDIA**, a partir das 8h do dia 25 de janeiro de 2021, ocasião em que estará aberto o credenciamento dos interessados, conforme especificado neste Edital.

1. **OBJETO**

**1.1** Este chamamento público tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos na especialidade de **ORTOPEDIA**, para realização de consultas a serem realizadas na Unidade Básica de Saúde do município de Calmon, sendo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **QNT.** | **UND.** | **DESCRIÇÃO** | **VALOR** |
| 01 | 110 (mensal) | Consulta | Contratação na especialidade de ORTOPEDIA a serem realizadas na Unidade Básica de Saúde de Calmon, sendo os materiais médicos e hospitalares necessários para realização dos procedimentos em nível ambulatorial disponibilizados pelo FMS, que ficará responsável também pela coordenação e agendamento das consultas. A realização das consultas pelos profissionais contratados será em dias de semana no período acertado entre a secretaria e o profissional.  | R$100,00(valor por consulta) |

**1.2** O valor global estimado, considerado o total de 1.320 (um mil e trezentos e vinte) consultas no período de 12 (doze) meses, é de R$132.000,00 (cento e trinta e dois mil reais), que serão distribuídos entre os proponentes credenciados, independentemente do número total de profissionais por empresa.

1. **DATA E LOCAL DE CREDENCIAMENTO**

**2.1** O credenciamento poderá ser realizado a partir do dia 01 de julho de 2021 até o dia 30 de jjunho de 2022, na sede da Prefeitura Municipal de Calmon, localizada na Rua Miguel Dzuman, 315, centro, nesta cidade, no **Setor de Licitações**.

**2.2** Os interessados poderão retirar o Edital no Setor de Licitações do município, de segunda à sexta-feira durante o horário de expediente ou diretamente no *site* do município ([www.calmon.sc.gov.br](http://www.calmon.sc.gov.br)).

**2.3** A documentação relativa ao credenciamento deverá ser protocolada no Setor de Licitações da Prefeitura Municipal de Calmon, em envelope fechado, com o seguinte endereçamento:

À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES

Edital de Credenciamento n. 06/2021

Objeto: Serviços médicos na especialidade de ORTOPEDIA.

Documentos de habilitação

Razão social da empresa:

1. **CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA HABILITAÇÃO**

**3.1** Poderá participar deste credenciamento qualquer pessoa jurídica que satisfaça as condições estabelecidas neste Edital e cujo ramo de atividade seja pertinente e compatível com o objeto do credenciamento e que apresentem, em envelope fechado, os seguintes documentos junto ao Setor de Licitações do município de Calmon durante o período de credenciamento:

3.1.1 Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

3.1.2 Registro comercial (declaração de firma individual) no caso de empresa individual ou contrato social ou estatutos sociais, em se tratando de sociedade comercial, com suas últimas alterações, se for o caso, devidamente registrado em Cartório;

3.1.3 Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, em vigor;

3.1.4 Comprovante de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio do proponente, em vigor;

3.1.5 Comprovante de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio do proponente, em vigor;

3.1.6 Comprovante de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, em vigor;

3.1.7 Comprovante de regularidade com o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, em vigor (caso esta não esteja abrangida na Certidão de Débitos Relativos aos tributos federais e à Dívida Ativa da União);

3.1.8 Certidão Negativa de Débitos Trabalhista – CNDT, obtida no *site* do Tribunal Superior do Trabalho – TST (<http://www.tst.jus.br/certidao>), em vigor;

3.1.9 Certidão Negativa de Falência, Concordata e Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;

3.1.10 Comprovante de registro e regularidade da empresa junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina – CREMESC;

3.1.11 Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica, conforme Anexo III, contendo as informações relativas e anexando:

a) Cópia dos diplomas e documentação comprobatória da especialidade médica de **ORTOPEDIA** registrada no CREMESC, contendo o número do Registro de Qualificação de Especialidade – RQE;

b) Cópia do CPF dos profissionais;

c) Cópia dos registros profissionais junto ao CREMESC;

d) Declaração assinada pelos profissionais demonstrando a relação contratual mantida com o credenciado.

3.1.12 Declaração de que não possui fatos impeditivos para contratar com a Administração Pública e que não foi declarado inidôneo, nem suspenso de licitar;

3.1.13 Solicitação de credenciamento e declaração de aceite do valor fixado neste Edital, conforme modelo constante no Anexo I.

**3.2** Não poderão participar do credenciamento deste chamamento público os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do artigo 87 da Lei n. 8.666/1993, bem como que não apresentarem a documentação constante no item 3.1 deste Edital.

**3.3** Todos os documentos poderão ser entregues em cópia devidamente autenticada ou cópia não autenticada, desde que sejam exibidos os originais para autenticação por servidor designado pelo prefeito municipal.

**3.4** Caso não haja prazo de validade nos documentos ou certidões apresentadas, considerar-se-á o prazo máximo de 90 (noventa) dias a partir da data de emissão dos documentos, salvo documentos dispensáveis.

1. **DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO**

**4.1** A documentação exigida no item 3.1 será vistoriada pela Comissão Permanente de Licitações do município, nomeada por meio do Decreto n. 04/2021, de 5 de janeiro de 2021, que, após análise, irá aprovar ou rejeitar o credenciamento.

**4.2** Feita a análise dos documentos pela Comissão Permanente de Licitações do município, o resultado do credenciamento será publicado no Diário Oficial doS Municípios e através do *site* [www.calmon.sc.gov.br](http://www.calmon.sc.gov.br).

**4.3** Serão credenciadas todas as pessoas jurídicas que comprovarem a habilitação exigida neste Edital.

1. **DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES**

**5.1** É de responsabilidade do Fundo Municipal de Saúde de Calmon tomar todas as providências necessárias à execução do contrato a ser firmado;

5.1.1 Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, rejeitando os serviços prestados de forma insatisfatória;

5.1.2 Durante a execução dos serviços, servidor designado pela secretaria de saúde ficará responsável por acompanhar e fiscalizar a perfeita execução do contrato, devendo verificar se os serviços atendem a todas as especificações e demais requisitos exigidos neste Edital, bem como autorizar o pagamento da respectiva nota fiscal e participar de todos os atos que se fizerem necessários.

**5.2** O Fundo Municipal de Saúde de Calmon se obriga a efetuar o pagamento à contratada até o dia 15 (quinze) do mês subsequente à prestação dos serviços.

**5.3** O Fundo Municipal de Saúde de Calmon se obriga a fornecer dados e informações necessárias para a execução dos serviços e propiciar acesso aos médicos da contratada ao local em que serão prestados os serviços.

**5.4** O Fundo Municipal de Saúde de Calmon se obriga a formular e informar antecipadamente aos credenciados a escala de horários que o contratado prestará os serviços.

**5.5.** A credenciada deverá comunicar imediatamente por escrito ao Fundo Municipal de Saúde de Calmon qualquer anormalidade verificada, a fim de que sejam adotadas as providências de regularização necessárias.

**5.6** A credenciada deverá atender os pacientes de forma ética e resolutiva, privilegiando os casos de emergência e/ou urgência.

**5.7** A credenciada se responsabiliza exclusivamente em relação a eventuais erros médicos ou procedimentos médicos irregulares praticados pelos profissionais do seu quadro.

**5.8** Os profissionais médicos da credenciada deverão zelar pela observância das normas éticas e legais relativas à sua categoria profissional em relação aos atendimentos prestados.

**5.9** A credenciada deverá zelar pelos equipamentos e pelas instalações do Fundo Municipal de Saúde de Calmon quando da prestação dos serviços, respeitando as condições de higiene e segurança necessárias para atuação dos profissionais, proporcionando atendimento humanizado aos usuários, bem como cuidado e zelo com os materiais e equipamentos utilizados no serviço que estiver praticando, como forma de manutenção e preservação do patrimônio público e da integridade física dos prestadores de serviço e usuários.

**5.10** A credenciada deverá utilizar os materiais necessários ao desempenho da sua atividade, zelando pelo uso racional e prestando contas do seu uso quando solicitado pelo Fundo Municipal de Saúde de Calmon.

**5.11** A credenciada arcará com todos os encargos de sua atividade, sejam eles trabalhistas, sociais, previdenciários, fiscais ou comerciais.

**5.12** A credenciada deverá se responsabilizar por todos os danos causados ao órgão credenciante e/ou terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo, provocado pela negligência, imprudência, imperícia ou omissão.

**5.13** É vedada qualquer cobrança/recebimento de valores dos pacientes por parte da credenciada, sob pena de imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade, sem prejuízo da responsabilização cível e criminal.

1. **DA EXECUÇÃO E DA VIGÊNCIA**

**6.1** A credenciada iniciará os serviços em até 5 (cinco) dias após a assinatura do contrato, observando a escala de dias e horários a ser fornecida pelo Fundo Municipal de Saúde de Calmon.

**6.2** Os serviços serão prestados na Unidade Básica de Saúde de Calmon, localizada na Rua Fortunato de Souza, centro, nesta cidade.

**6.3** A vigência do contrato será de 12 (doze) meses.

1. **DO PAGAMENTO**

**7.1** Os pagamentos serão realizados por meio de depósito/transferência bancária, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente ao da prestação de serviços, mediante apresentação da Nota Fiscal acompanhada da relação dos atendimentos realizados com aceite pelo servidor responsável pelo recebimento dos serviços (fiscal do contrato).

1. **DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**8.1** As despesas decorrentes deste credenciamento correrão por conta da dotação orçamentária do Fundo Municipal de Saúde de Calmon vigente para o exercício de 2021, na seguinte classificação orçamentária:

|  |  |
| --- | --- |
| **Código** | **Descrição** |
| 115 | Fundo Munic. de Saude de Calmon-FMS |
| 1600 | Fundo Munic. de Saude de Calmon-FMS |
| 141 | Manut. Das Atividades de Saude |
| 3390 | Despesas Correntes |
| 3380000 | Transferências do Sistema Único de Saúde – SUS/União |

**8.2** Caso seja renovado para outros anos, correrão por conta das dotações orçamentárias consignadas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais.

1. **DISPOSIÇÕES FINAIS**

**9.1** Fica o interessado ciente de que a simples apresentação da documentação implicará na aceitação das condições estabelecidas neste Edital.

**9.2** Os interessados que tiverem dúvidas na interpretação dos termos deste Edital serão atendidos pessoalmente de segunda à sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h00min às 17h00min, no Setor de Licitações da Prefeitura Municipal de Calmon, localizada na Rua Miguel Dzumann, 315, ou pelo telefone (49) 3733-0030, no mesmo horário.

**9.3** O município poderá revogar este Edital por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar o ato, ou anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

**9.4** Será de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados disponíveis junto ao Fundo Municipal de Saúde de Calmon ou divulgadas pelo órgão oficial.

**9.5** Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Comissão Permanente de Licitação e, em última instância, pelo Senhor Prefeito Municipal.

**9.6** Fazem parte deste Edital:

a) ANEXO I – Requerimento de credenciamento;

b) ANEXO II – Minuta do contrato;

c) ANEXO III – Relação dos profissionais que compõem a equipe técnica.

1. **DO FORO**

10.1 Fica eleito o foro da comarca de Caçador para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes da execução deste Edital.

Calmon, 25 de janeiro de 2021.

**JOSÉ TRAVISANI**

**Secretário Municipal de Saúde**

|  |
| --- |
| Edital examinado e aprovado pela Assessoria Jurídica.Em 22-1-2021.**DOUGLAS RENAN KLABUNDE****OAB/SC 32.896** |

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO N. 06/2021**

**DECLARAÇÃO**

À

Comissão Permanente de Licitações do Município de Calmon/SC.

A empresa .................................................................................................., com sede administrativa a Rua.................................... nº. ............ Bairro ................, na cidade de ............................, Estado de ..........., inscrita no CNPJ sob nº. ..........................................................., telefone (.......) ........................................, e-mail ............................................................................................., neste ato representado por seu sócio administrador ................................................................., inscrito no CPF sob nº ........................................, residente e domiciliado na cidade de ..........................................., Estado de ..........., solicita seu credenciamento e declara que aceita o valor fixado no presente Edital, sendo R$70,00 (setenta reais) por consulta para os serviços prestados na especialidade médica de ORTOPEDIA.

 Calmon, ......... de ............................................ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome ou carimbo com assinatura do representante**

**ANEXO II – MINUTA DO CONTRATO**

**CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº /2021**

**CONTRATANTE:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CALMON, pessoa jurídica de direito público, com sede na Miguel Dzumann, em Calmon, Estado de Santa Catarina, inscrita no CNPJ n. 11.370.420/0001-86, neste ato representado pelo seu gestor, **Sr. Jose Travisani**, brasileiro, inscrito no CPF n. 719.586.499-53 residente e domiciliado em Calmon (SC) e de outro lado:

**CONTRATADA:**

As partes acima identificadas, nos termos do Processo Licitatório n. 06/2021, Edital de Credenciamento n. 06/2021, bem como do disposto na Lei n. 8.666/1993, firmam este Contrato mediante as cláusulas e condições abaixo:

# CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO

Contratação para prestação de serviços médicos na especialidade de **ORTOPEDIA**, para realização de consultas a serem realizadas na Unidade Básica de Saúde do Município de Calmon:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **QNT.** | **UND.** | **DESCRIÇÃO** | **VALOR** |
| 01 | 110 (mensal) | Consulta | Contratação na especialidade de ORTOPEDIA a serem realizadas na Unidade Básica de Saúde de Calmon sendo os materiais médicos e hospitalares necessários para realização dos procedimentos em nível ambulatorial disponibilizados pelo FMS, que ficará responsável também pela coordenação e agendamento das consultas. A realização das consultas pelos profissionais contratados será em dias de semana no período acertado entre a secretaria e o profissional.  | R$100,00(valor por consulta) |

**§1º** O número de consultas será distribuído entre os credenciados, independentemente do número total de profissionais por empresa, durante a vigência do credenciamento.

**§2º** Esta contratação não gerará nenhum vínculo empregatício entre o FMS perante a CONTRATADA e os profissionais contratados, sendo de sua responsabilidade o deslocamento, transporte, estadia e alimentação dos profissionais, pagamento de impostos, encargos e tributos que incidirem sobre a contratação.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE**

O CONTRATANTE pagará mensalmente à CONTRATADA, pelos serviços efetivamente prestados, a importância correspondente ao número de atendimentos realizados durante o mês e o valor mensal correspondente ao número de atendimentos comprovadamente efetuados.

**§1º** No preço ajustado entre as partes estão inclusas todas as despesas que influenciem nos custos, tais como estadia, alimentação e transporte dos profissionais, pagamento de impostos, encargos e tributos que incidirem sobre a contratação, despesas com seguro, obrigações sociais, trabalhistas, fiscais, encargos comerciais ou de qualquer natureza e todos os ônus diretos.

**§2º** O valor será pago mediante depósito ou transferência bancária até o dia 15 (quinze) do mês subsequente à prestação dos serviços, mediante apresentação da Nota Fiscal acompanhada da relação dos atendimentos realizados com aceite pelo servidor responsável pelo recebimento dos serviços (fiscal do contrato).

**§3º** Na Nota Fiscal deverá constar o número do processo licitatório que originou a contratação.

**§4º** O número do CNPJ constante das notas fiscais deverá ser aquele fornecido na fase de habilitação.

**§5º** Nenhum pagamento será efetuado à CONTRATADA enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito do reajustamento de preços ou correção monetária.

**§6º** Não haverá reajuste de preço durante a execução do contrato, sendo que, no caso de renovação do contrato, o valor será reajustado anualmente, a contar da assinatura, pelo IGPM ou outro índice oficial que venha substituí-lo sobre o valor inicial do contrato.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes deste credenciamento correrão por conta da dotação orçamentária do Fundo Municipal de Saúde de Calmon vigente para o exercício de 2021, na seguinte classificação orçamentária:

|  |  |
| --- | --- |
| **Código** | **Descrição** |
| 115 | Fundo Munic. de Saude de Calmon-FMS |
| 1600 | Fundo Munic. de Saude de Calmon-FMS |
| 141 | Manut. Das Atividades de Saude |
| 3390 | Despesas Correntes |
| 3380000 | Transferências do Sistema Único de Saúde – SUS/União |

**Parágrafo único.** Caso seja renovado para outros anos, as despesas correrão por conta das dotações orçamentárias consignadas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais.

**CLÁUSULA QUARTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do termo contratual será de **12 (doze) meses,** a partir da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado na forma do art. 57, inc, II, da Lei 8.666/1993, e sofrer acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento), conforme art. 65, § 1º, da Lei n. 8.666/1993.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

São obrigações da CONTRATADA:

5.1 A CONTRATADA deverá comunicar imediatamente por escrito ao Fundo Municipal de Saúde de Calmon qualquer anormalidade verificada, a fim de que sejam adotadas as providências de regularização necessárias.

5.2 A CONTRATADA deverá atender os pacientes de forma ética e resolutiva, privilegiando os casos de emergência e/ou urgência.

5.3 A CONTRATADA se responsabiliza exclusivamente em relação a eventuais erros médicos ou procedimentos médicos irregulares praticados pelos profissionais do seu quadro.

5.4 Os profissionais médicos da credenciada deverão zelar pela observância das normas éticas e legais relativas à sua categoria profissional em relação aos atendimentos prestados.

5.5 A CONTRATADA deverá zelar pelos equipamentos e pelas instalações do Fundo Municipal de Saúde de Calmon quando da prestação dos serviços, respeitando as condições de higiene e segurança necessárias para atuação dos profissionais, proporcionando atendimento humanizado aos usuários, bem como cuidado e zelo com os materiais e equipamentos utilizados no serviço que estiver praticando, como forma de manutenção e preservação do patrimônio público e da integridade física dos prestadores de serviço e usuários.

5.6 A CONTRATADA deverá utilizar os materiais necessários ao desempenho da sua atividade, zelando pelo uso racional e prestando contas do seu uso quando solicitado pelo Fundo Municipal de Saúde de Calmon.

5.6 A CONTRATADA arcará com todos os encargos de sua atividade, sejam eles trabalhistas, sociais, previdenciários, fiscais ou comerciais.

5.7 A CONTRATADA deverá se responsabilizar por todos os danos causados ao órgão CONTRATANTE e/ou terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo, provocado pela negligência, imprudência, imperícia ou omissão.

5.8 É vedada qualquer cobrança/recebimento de valores dos pacientes por parte da CONTRATADA, sob pena de imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade, sem prejuízo da responsabilização cível e criminal.

5.9 A CONTRATADA deverá comparecer ao local da execução dos serviços e respeitar a escala dos dias e horários determinados pelo CONTRATANTE para o início dos trabalho.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

São obrigações do CONTRATANTE:

6.1 Tomar todas as providências necessárias à execução deste contrato.

6.2 Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, rejeitando os serviços prestados de forma insatisfatória.

6.2.1 O responsável pelo acompanhamento do contrato será o servidor José Travisani, que deverá fiscalizar a perfeita execução deste contrato e verificar se os serviços atendem a todas as especificações e demais requisitos exigidos no Edital, bem como autorizar o pagamento da respectiva nota fiscal.

6.3 Efetuar o pagamento à CONTRATADA até o dia 15 (quinze) do mês subsequente à prestação dos serviços.

6.4 Fornecer dados e informações necessárias para a execução dos serviços e propiciar acesso aos médicos da CONTRATADA ao local em que serão prestados os serviços.

6.5 Formular e informar antecipadamente a CONTRATADA acerca da escala de horários em que prestará os serviços.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA EXECUÇÃO**

7.1 A CONTRATADA deverá iniciar os serviços em até 5 (cinco) dias após a assinatura do contrato, observando a escala e horário a ser fornecido pelo CONTRATANTE.

7.2 Os serviços serão prestados na Unidade Básica de Saúde de Calmon, localizada na Rua Fortunato de Souza, s/n, centro, nesta cidade.

**CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO CONTRATUAL**

8.1 Regerá esta cláusula, no que couber, o estabelecido pela Lei n. 8.666/1993, sem prejuízo de acordos e regulamentos específicos, podendo ser rescindido pela CONTRATANTE a qualquer tempo, independentemente de notificação ou interpelação judicial, além de responder a CONTRATADA por perdas e danos, nos seguintes casos:

8.1.1 No caso de dolo, culpa, simulação ou fraude na execução deste contrato.

8.1.2 Quando ficar evidenciada a incapacidade da CONTRATADA em executar o contrato

8.1.3 Se a CONTRATADA transferir, no todo ou em parte, a execução deste contrato sem prévia autorização do CONTRATANTE.

8.1.4 Se for decretada a falência, concedida recuperação judicial, liquidação ou dissolução ou, ainda, ocorrer alteração em sua estrutura social que impossibilite ou prejudique a execução deste contrato.

8.2 No caso de rescisão contratual, o CONTRATANTE informará a CONTRATADA por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, garantindo-se o pagamento dos atendimentos prestados até a data da rescisão.

**CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES E MULTA**

9.1 Em caso de inadimplência total ou parcial da CONTRATADA, ficam estabelecidas as seguintes penalidades:

9.1.1 Advertência

9.1.2 Outras penalidades estabelecidas na Lei n. 8.666/1993

9.2 Será aplicada multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, por atraso no início dos serviços, ausência injustificada, abandono parcial ou saída antecipada, além do desconto do tempo não trabalhado.

9.3 A CONTRATADA pagará multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, quando manifestar interesse em rescindir este instrumento antes do prazo de vigência, salvo quando se tratar de motivos de força maior, devidamente justificada por escrito e aceito pelo CONTRATANTE.

**CLÁUSULA DÉCIMA – ALTERAÇÕES CONTRATUAIS**

Este contrato poderá sofrer alterações nas situações estabelecidas na Lei n. 8.666/1993.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – VINCULAÇÃO AO PROCESSO LICITATÓRIO**

Este contrato, encontra-se vinculado ao processo licitatório que o originou, sendo os casos omissos resolvidos à luz da Lei n. 8.666/1993 e alterações subsequentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO**

Elegem o foro da Comarca de Caçador, Santa Catarina, para dirimirem quaisquer dúvidas oriundas deste Contrato, renunciando a outro foro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente contrato em 3 (três) vias de igual teor e forma, perante duas testemunhas.

Calmon, .........de ................................. de ......................

|  |  |
| --- | --- |
| CONTRATANTE | CONTRATADA |
|  |  |
| Testemunhas: |  |
| Nome:CPF: | Nome:CPF: |

**ANEXO III**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO N. 06/2021**

(em papel timbrado ou identificação do interessado no credenciamento)

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM EQUIPE TÉCNICA**

Razão Social:

CNPJ:

Nome do profissional: ..................................................................

CPF: .............................................................................................

Cargo/Função: .............................................................................

Número do CRM/SC: ...................................................................

Número do RQE em ORTOPEDIA: ............................

Nome do profissional: ..................................................................

CPF: .............................................................................................

Cargo/Função: .............................................................................

Número do CRM/SC: ...................................................................

Número do RQE em ORTOPEDIA: ............................

(Incluir quantos forem necessários).

Local e data:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL