

## **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO CREDENCIAMENTO Nº 001/2018**

O MUNICÍPIO DE POSSE, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público interno, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede na Rua Robson Ricardo R Barbosa, Qd. 26, It.02, Setor Augusto José Valente, Posse-Go, inscrita no CNPJ sob o nº 07.892.711/0001-67, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, **Edgar Henrique dos Santos**, brasileiro, casado, inscrito pelo CPF nº 613.257.131-87, residente e domiciliado em Posse GO, torna público que, em cumprimento aos preceitos contidos na Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores, Decisão/TCU nº 656/1995 – Plenário, de 06/12/1995, Instrução Normativa n.º 01/2.017-TCM/GO e as Portarias nº 1.606/2001, 1.034/2010, 3.410/2013, todas do Ministério da Saúde, que estará recebendo, em sua sede, no horário de expediente a partir do dia **10 de dezembro de 2.018**, os procedimentos para cadastramento para efeitos de credenciamento de pessoa físicas ou jurídicas que atuarão junto à Secretaria Municipal de Saúde e Programas de Saúde, a partir de janeiro de 2.019: médicos e outros profissionais na área de saúde conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com as normas estabelecidas no presente Edital.

### **1. DO OBJETO**

1.1. O presente edital destina-se cadastrar pessoas Físicas e Jurídicas para posterior credenciamento, mediante documentação e pedido de inscrição para prestação de serviços especializados na área da saúde aos usuários do Sistema SUS do Município de Posse, para fins de atendimento a nível ambulatorial em consultas, procedimentos e exames, em conformidade com a Decisão/TCU nº 656/1995 – Plenário, de 06/12/1995, a Instrução Normativa n.º 01/2.017 e decisão plenária n.º 24 de 01 de novembro de 2000, exarada pelo Tribunal de Contas dos Municípios, com disponibilidades técnica conforme anexo I do Termo de Referência Anexo IV do edital.

1.2. Todos os profissionais deverão estar inscritos nos Conselhos de fiscalização de Classe do Estado de Goiás, até o ato da assinatura do contrato, sendo que os profissionais inscritos em outros Estados da Federação terão o prazo improrrogável de 10 (dez) dias corridos para apresentar a documentação, sob pena de não contratação.

1.3 A carga horária e valores a serem pagos serão os valores constantes do anexo I do Termo de Referência Anexo IV do edital, devidamente aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, podendo os referidos valores sofrerem alteração durante a execução do contrato, mediante a edição de Termo Aditivo.



1.4 O número de vagas para cada área será limitado pela demanda dos serviços de saúde do Município, podendo todos os interessados realizarem inscrição durante todo o ano de 2.019.

## **1. DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

- 1.1. Poderão participar deste procedimento todos os interessados (pessoa física e pessoa jurídica) que preencham as condições mínimas exigidas neste edital, no prazo de vigência do presente certame.
- 1.2. Os servidores concursados do município, não poderão credenciar como pessoa jurídica no presente certame, em vista da vedação legal para cumulação de cargos prevista da Constituição Federal.

## **2. DO CREDENCIAMENTO**

- 2.1. É facultado a todo profissional que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significa sua administração a um cadastro de profissionais da área que ficará a disposição dos beneficiários.
- 2.2. O credenciamento será feito a todas as pessoas independentes do número de vagas oferecidas, cabendo ao Poder Público credenciante o encaminhamento dos beneficiários, conforme a necessidade e conveniência.

2.3. A inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pela Prefeitura.

## **3. PROCEDIMENTOS TAREFAS/ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS**

- 3.1. Os atendimentos e serviços prestados serão demonstrados mensalmente, através de faturas de serviços expedidos pelos credenciados ou comprovação do cumprimento da jornada mínima pactuada em quantidade de horas do profissional, com visto da Secretaria Municipal de Saúde.
- 3.2. de saúde para servirem como cenário de prática aos alunos dos cursos relacionados a área da saúde.
- 3.3. Considerando que as Unidade de Saúde são estabelecimentos destinados a prestar ações e serviços, assim como cenário de prática para integração ensino-serviço-comunidade, sendo elas todas pertencentes as redes de saúde: EFS, PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE-PACS, NUCLEO APOIO EMERGENCIAL DA SAUDE-NAES, ACADEMIA DE SAÚDE, PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAUDE/AMBULATÓRIO MUNICIPAL, PROFISSIONAISDO NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA-NASF, ASSOCIAÇÃO PAIS E AMIGOS DOS



EXCEPCIONAIS-APAE, HOSPITAL MUNICIPAL, NUCLEO DE VIGILANCIA EM SAUDE, SAMU, IML, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE), dentre outras.

- 3.4. Considerando que as unidades municipais de saúde onde o credenciado/contratado prestará seu serviço pertence ao cenário de prática para integração ensino-serviço-comunidade.
- 3.5. O objeto do credenciamento/contrato é para prestar ações e serviços profissionais em sua área de atuação e contratação, assim como participar da integração ensino-serviço exercendo as atividades de: colaborar, esclarecer dúvidas, orientar, auxiliar e ensinar os alunos dos cursos da área da saúde quando eles estiverem na unidade municipal de saúde utilizando como cenário de ensino-prática.

#### **4. CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA**

- 4.1. O requerimento de inscrição dos interessados, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, deve estar acompanhado dos seguintes documentos:
  - I. Documentos pessoais (RG e CPF);
  - II. Comprovante de inscrição no Conselho ou Órgão equivalente;
  - III. Certificado de Conclusão do Curso para área requerida;
  - IV. Currículo Vitae.
  - V. Diploma da especialidade pretendida.
  - VI. Certidão de adimplência, comprovante de quitação junto ao Conselho Profissional respectivo
  - VII. Comprovante de Inscrição junto ao INSS ou apresentação de cópia do PIS OU PASEP
  - VIII. Declaração que não exerce função pública ou de cumulação de cargos.
  - IX. Certidão de regularidade com o Município, Estado e União.

#### **5. CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA**

- 5.1. O requerimento de inscrição dos interessados, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, deve estar acompanhado dos seguintes documentos:
  - I. CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, com situação ativa, da empresa prestadora de serviços de saúde;
  - II. Documentos hábeis a comprovar a regularidade da empresa prestadora, quanto a sua constituição e seu representante legal, validade, certidões competentes, entre outros;
  - III. Carteira de identidade profissional, devidamente registrada no Conselho Regional de sua categoria, dos profissionais pertencentes ao quadro da empresa prestadora;
  - IV. Diploma da Conclusão de seu respectivo curso superior e/ou da especialidade dos profissionais pertencentes ao quadro da empresa prestadora;
  - V. Cópia autenticada dos títulos obtidos em virtude de tese de docência, experiência na especialização, residência médica (se for o caso), aprovação em concurso, trabalho



- publicado, certificados de participação em congressos e/ou cursos e estágio acadêmico dos profissionais pertencentes ao quadro da empresa prestadora;
- VI. Cópia de carteira de entidade de classe dos profissionais pertencentes ao quadro da empresa prestadora;
  - VII. Currículo *Vitae*;
  - VIII. Comprovante de endereço (atualizado) da empresa prestadora;
  - IX. Certidão Negativa de Débitos Municipais (da sede da empresa prestadora);
  - X. Certidão Negativa de Débito da empresa prestadora junto ao INSS, Justiça do Trabalho (TST), com Receita Federal e Estadual.
  - XI. Certidão de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-MS) (se for o caso)
  - XII. Inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM)
  - XIII. Alvará de Funcionamento Atualizado. (exceto empresa individual)
  - XIV. Alvará de Vigilância Sanitária. (exceto empresa individual)
  - XV. Declaração do nome do responsável técnico pela empresa
  - XVI. Declaração dos serviços e profissionais oferecidos, com documentação dos mesmos conforme ITEM 5.1.

## 6. DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

6.1. Os serviços a serem prestados serão na sede do município de Posse e seus distritos especificamente junto a Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos da administração municipal que integram o sistema único de saúde, inclusive no Centro de Saúde, junto à população do município.

7.2. A execução dos serviços será em conformidade com os programas de saúde, através de procedimentos específicos ou mediante a prestação de hora do profissional envolvido, observando a jornada mínima fixada no instrumento contratual, não superior à carga horária estipulada pela legislação trabalhista acerca dos funcionários atuantes na área da saúde.

## 7. DA REMUNERAÇÃO

8.1. A remuneração dos serviços prestados pelas pessoas credenciadas será mensal, mediante a apresentação da nota fiscal/fatura devidamente acompanhada das respectivas autorizações de procedimentos emitidas pelo Município através da Secretaria Municipal de Saúde.

8.2. A Administração Municipal, oportunamente pagará aos credenciados (pessoa física ou jurídica) da área de saúde as faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme valores constantes da tabela de honorários consultas/procedimentos S.U.S, e constantes do anexo III pelos serviços efetivamente prestados e comprovados através do quadro de



frequência, das planilhas de produções de serviços, escalas de plantões, autorizações de internações hospitalares e autorizações para exames complementares auditados.

8.3. É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros (associação de servidores, p. ex) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

8.4. Aos credenciados fica proibido exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco.

8.5. Para entidades Conveniadas, prestadoras de serviços com ou sem fins lucrativos, e empresas privadas que terão seus serviços adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, serão pagos pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme tabela do S.I.A e S.I.H/SUS em vigor editada pelo Ministério da Saúde mediante faturas, relatórios e documentos comprobatórios para análise e avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

## **9. DOS ENCAMINHAMENTOS DOS SERVIÇOS**

9.1. O Município não fará encaminhamento dirigido dos usuários tomadores de serviços de saúde, somente emitirá requisição de execução de procedimento sem a indicação do destinatário prestador e estes farão as cobranças dos serviços mediante nota fatura, acompanhadas das respectivas requisições de serviço. A escolha do prestador de serviços é exclusiva do usuário tomador.

## **10. DO PRAZO DE VALIDADE DO CREDENCIAMENTO**

10.1. O credenciamento do proponente será julgado para cada área ou especialidade disposta neste edital e terá validade de 01 (um) ano, contados a partir da publicação do deferimento do pedido, podendo ser prorrogado mediante justificativa expressa de conveniência e oportunidade da Administração, desde que verificadas as condições nele explicitadas.

10.1.1. A análise das propostas terá início no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após seu recebimento.

10.1.2. O credenciamento não implica na obrigação de contratar por parte do Município.

10.1.3. Havendo interesse do Município na contratação de serviços de atendimento para determinada área ou especialidade, serão celebrados os ajustes, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, com todas as proponentes já credenciadas para a área ou especialidade pretendida.



## 8. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

10.1. As despesas resultantes deste procedimento correrão a contas do orçamento geral do município e com recursos advindos de programas e convênios do Governo Federal e Estadual, conforme discriminadas abaixo:

- 2.295 – Manutenção do Hospital Municipal / Prog. Amb. E Hosp. – MAC
  - 2.298 – Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde - FMS
  - 2.299 – Manutenção das Atividades do SAMU
  - 2.300 – Manutenção das Atividades do Centro de Fisioterapia
  - 2.301 – Manutenção da Vigilância Epidemiológica e Sanitária
  - 2.293 – Manutenção do Programa Saúde Bucal
  - 2.294 – Manutenção do Programa Saúde da Família
  - 2.296 - Manutenção das Ações de Serviços Básicos
- Fontes de Recursos:
- 114 – Recurso SUS
  - 102 – Recurso Próprio

## 9. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

11.1. O profissional que, depois de credenciado não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficará sujeito às penalidades, previstas nos artigos 86 e 87 e seus parágrafos, da Lei nº 8.666/93, abaixo:

- a) Notificação
- b) Advertência;
- c) Multa de 10%(dez por cento) do valor da obrigação, nos casos de se negarem a cumprir com as obrigações assumidas expressa ou tacitamente, valor este atualizado até a data da sua liquidação através do mesmo índice de correção monetária utilizado para os serviços públicos municipais;
- d) Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro de Profissionais de Saúde da Administração Municipal o tornará impedido durante 05 (cinco) anos de participar de novos chamamentos ou a sua contratação pelo poder público.

11.2. Os usuários poderão denunciar qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou faturamento.

## 10. DA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

12.1. O credenciamento será formalizado mediante Termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.



12.2. Após o credenciamento a Administração convocará as empresas credenciadas para assinar o termo de credenciamento.

12.3. O credenciamento terá vigência até 31 de dezembro de 2.018, contado da data da assinatura do termo. Para revalidação os interessados deverão reapresentar toda a documentação exigida neste edital.

12.4. O Município poderá, a qualquer momento, solicitar do credenciado a comprovação de recolhimento do INSS e FGTS do período a que está vinculado e em caso de inadimplemento suspenderá a credencial.

12.5. Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital sem que caibam reclamações ou indenizações.

12.6. O credenciado poderá a qualquer tempo, denunciar o ajuste, bastando notificar a Administração, com a antecedência mínima de 30 dias.

12.7. A credenciada (o) pessoa física, não terá qualquer vínculo trabalhista com a administração, sendo um contrato de natureza de prestação de serviços.

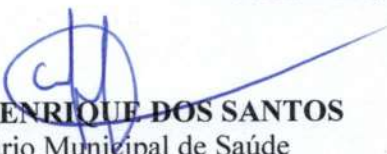
12.8. A credenciada pessoa jurídica deverá arcar, no âmbito de suas respectivas responsabilidades, com despesas de natureza social, trabalhista, previdenciária, tributária, securitária ou indenizatória, não possuindo qualquer vínculo empregatício com o FMS de POSSE.

### **13. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

13.1. Este edital de chamamento, após publicado na imprensa oficial, admitirá a apresentação de documentação pelo prazo até 31 de dezembro de 2.019.

13.2. Maiores informações poderão ser obtidas junto à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede na Rua Robson Ricardo R Barbosa, Qd. 26, It.02, Setor Augusto José Valente, Posse-Go, , em dias de expediente normal e horário comercial, das 08:00 as 12:00 e das 14:00 as 17:00.

Posse - GO, 03 de dezembro de 2.018.



**EDGAR HENRIQUE DOS SANTOS**  
Secretário Municipal de Saúde  
Gestor do FMS

## ANEXO I – MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

### MODELO I

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POSSE.

A \_\_\_\_\_ com sede e foro na \_\_\_\_\_ (rua, bairro etc) da cidade de \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ por seu \_\_\_\_\_ (cargo) Sr(a). \_\_\_\_\_, que esta subscreve, vem solicitar seu credenciamento para prestação de serviços \_\_\_\_\_ no município de Posse, na especialidade de \_\_\_\_\_.

Concordamos em nos submeter a todas às disposições constantes do Regulamento do Edital de Credenciamento nº 001/2018.

Atenciosamente

Posse, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.018.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura de representante legal





**MODELO II**

**REQUERIMENTO**

PROPONENTE: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
CONSELHO DE CLASSE \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Ref. EDITAL DE CREDENCIAMENTO nº. 001/2018.

Apresento requerimento junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Posse (GO), com base nas informações contidas no edital de chamamento de credenciamento nº 001/2.018, para o meu credenciamento para prestação de serviços na função de \_\_\_\_\_, conforme documentação anexa.

Ao mesmo tempo venho declarar que estou de pleno acordo em credenciar para a prestação de serviço profissional pelos preços apresentados nas tabelas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Declaro, também, que a validade deste requerimento/proposta tem o prazo mínimo de 01 (um) ano. Declaro, ainda, que estou de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do edital de Credenciamento nº 001/2.018.

N. termos,

Pede e espera deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2.018. \_\_\_\_\_  
(Assinatura, nome completo e cargo do signatário, representante legal do licitante)



## ANEXO II – TERMO DE DECLARAÇÃO

À COMISSÃO DE CADASTRO

Ref.: CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – Nº 001/2.018

A Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob nº, Inscrição Estadual nº \_\_\_\_\_ propõe a essa entidade o credenciamento para prestação de serviços de saúde, acima referenciado.

DECLARAMOS QUE:

- 1) Nos serviços oferecidos estão incluídas todas as despesas com encargos sociais, seguros, taxas, tributos e contribuições de qualquer natureza e quaisquer outros encargos necessários à perfeita execução do objeto do credenciamento;
- 2) Que os preços/taxa de administração contratados são justos e certos, podendo sofrer reajuste apenas nas hipóteses e condições previstas no instrumento contratual, cuja minuta conhecemos;
- 3) Examinamos cuidadosamente o Regulamento do Credenciamento e seus anexos e nos inteiramos de todos os seus detalhes e com eles concordamos, bem como todas as dúvidas e/ou questionamentos formulados foram devidamente esclarecidos. Estamos cientes e aceitamos todas as condições do Regulamento do Credenciamento e a elas, desde já, nos submetemos.
- 4) Que todas as cópias de documentos apresentados são fiéis aos originais.

Posse, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.018.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura de representante legal



### ANEXO III

#### MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº. 001/2018

REFERENTE AO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018, VISANDO O CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, QUE CELEBRAM O MUNICÍPIO DE POSSE - GO E NOS TERMOS E CONDIÇÕES A SEGUIR:

Pelo presente instrumento o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – DO MUNICÍPIO DE POSSE-GO, com sede na Rua Robson Ricardo R Barbosa, Qd. 26, It.02, Setor Augusto José Valente, Posse-Go, inscrita no CNPJ sob o nº 07.892.711/0001-67, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, **Edgar Henrique dos Santos**, brasileiro, solteiro, inscrito pelo CPF nº 613.257.131-87, residente e domiciliado em Posse GO doravante denominado simplesmente de CREDENCIANTE, e XXXXXXXX, brasileiro, PROFISSÃO, Nº do Registro do Conselho de Classe, casado, inscrito no CPF sob nº XXXXXX, residente à Rua XXXXX em doravante denominada simplesmente CREDENCIADO, acordam e celebrar o presente instrumento, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**FUNDAMENTO:** O presente contrato decorre do Edital de Credenciamento nº 001/2018, Processo Administrativo nº 00XXX/201X, em conformidade com o disposto do artigo 25 *caput*, da Lei n. 8666 de 21/06/1993 e Instrução Normativa nº 01/2.017 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás.

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

1.1 - O CREDENCIADO compromete-se a prestar os serviços profissionais de saúde de..... para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como remuneração mensal estimado o de valor R\$.....; perfazendo um valor total estimado de R\$ XXXXXXXXXXXXXXXX

1.2 - O CREDENCIADO deverá prestar os serviços nas condições e preços preestabelecidos no edital e neste Termo, e com carga horária de XXXXX ou/ até XXX PLANTÕES DE 24 HORAS.

1.3 - O CREDENCIADO deverá prestar os serviços conforme previsão constante do Edital 00X/201X, no Município de XXXXX/GO em local determinado pela Secretaria Municipal de Saúde.

1.4 Fica o credenciado/contratado obrigado além de prestar serviços profissionais de sua área de atuação e contratação, deverá ainda: colaborar, esclarecer dúvidas, orientar, auxiliar e ensinar os alunos universitários dos cursos da área da saúde quando eles estiverem no recinto da unidade de saúde da secretaria municipal de saúde/município de Posse utilizando como campo de ensino-prática, sem qualquer ônus/remuneração por parte dos cofres públicos.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E OBRIGAÇÕES

2.1 - O CREDENCIADO atenderá nos Estabelecimento da Rede de Saúde Pública Municipal, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecendo às necessidades e determinações da Secretaria Municipal de Saúde e os princípios e diretrizes do SUS.



2.2 - O CREDENCIADO, na execução de suas atividades utilizará equipamentos, materiais e insumos existentes no Estabelecimento de Saúde no qual estiver lotado, sendo de responsabilidade do CREDECIANTE a manutenção, substituição e fornecimento dos mesmos.

2.3 - O CREDENCIADO não poderá transferir os direitos, obrigações e atendimentos a terceiros, sem a anuência do CREDECIANTE.

2.4 - O CREDENCIADO não poderá efetuar qualquer tipo de cobrança de taxa ou diferenças aos pacientes atendidos, sob qualquer pretexto.

2.5 - O CREDENCIADO, responderá pela solidez, segurança e perfeição dos serviços executados, sendo ainda responsável por quaisquer danos pessoais ou materiais, inclusive contra terceiros, ocorridos durante a execução dos serviços ou deles decorrentes.

2.6 - O CREDENCIADO durante a vigência do presente Termo de Credenciamento obriga-se a manter todas as condições da habilitação e qualificação exigidas no Edital de Chamamento Público 00X/201X.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - VIGÊNCIA**

3.1 - O presente Termo de Credenciamento terá a vigência da data de sua assinatura até 31/12/2019, podendo ser realizado termo aditivo de prazo e/ ou valor de acordo com as normas vigentes e na conveniência da Administração Pública.

3.1.1 - Não haverá qualquer alteração de valores a serem pagos, na vigência do presente instrumento, salvo interesse público do CREDECIANTE, que submeterá à apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

### **CLÁUSULA QUARTA - FORMA DE PAGAMENTO**

4.1 Os valores serão postos à disposição do CREDENCIANDO, através de depósito em conta bancária previamente aberta pelo CREDENCIADO, mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente àquele em que os serviços forem prestados.

4.1.1 - Em cumprimento ao Decreto 7.507 de 27 de junho de 2011 da Presidência da República e a Portaria GM/MS 2.707 de 17 de novembro de 2011 os pagamentos serão exclusivamente realizados através de transferência bancária sendo responsabilidade exclusiva do CREDENCIADO a abertura prévia da conta bancária.

### **CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGACÕES DO CREDECIANTE**

5.1 - A CREDECIANTE compromete, durante a vigência do presente contrato, a fornecer ao CREDENCIADO todas as condições necessárias ao perfeito cumprimento do objeto deste.

5.2 - O CREDECIANTE fiscalizará a execução dos serviços prestados pelo CREDENCIADO, podendo rejeitá-los quando estiverem fora das especificações, devendo ser refeito sem ônus ao CREDECIANTE.

5.3 – O CREDECIANTE fiscalizará o cumprimento das CLÁUSULAS deste contrato, emitindo relatório, por intermédio da Direção da Unidade onde o CREDENCIADO executa os serviços que constituem seu objeto, o qual deverá conter informações acerca da qualidade e eficiência dos serviços executados, e sua conformidade com os termos deste contrato.

5.3.1 - A fiscalização não transfere ao CREDECIANTE qualquer poder de hierarquia sobre o CREDENCIADO.

### **CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGACOES DO CREDENCIADO**

6.1 - O CREDENCIADO se compromete a disponibilizar ao CREDECIANTE, de acordo com as necessidades deste, a quantidade integral de horas de serviço a serem executadas, conforme montante definido na cláusula primeira deste.



6.2 - Na execução dos serviços objeto deste, o CREDENCIADO deverá observar a legislação vigente, em especial as relativas ao Sistema Único de Saúde e ao exercício profissional, conforme normas do respectivo Conselho de Classe.

6.3 - Em caso de pedido de rescisão formulado por interesse do CREDENCIADO, este se obriga a comunicar o fato, por escrito, ao CREDENCIANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

6.4 Na execução do objeto deste contrato, o CREDENCIADO deverá:

- a) Executar com zelo e dedicação as atribuições inerentes ao objeto do contrato, por sua conta e risco, sob sua total responsabilidade;
- b) Observar as normas legais e regulamentares;
- c) Atender com presteza ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvadas as protegidas pelo sigilo profissional;
- d) Levar ao conhecimento do CREDENCIANTE as irregularidades de que tiver ciência em razão da execução deste;
- e) Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público, colocado à sua disposição para execução do objeto deste;
- f) Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;
- g) Tratar com humanidade e respeito toda e qualquer pessoa com quem mantiver contato em decorrência da execução deste;
- h) Não delegar a terceiros as atribuições que sejam de sua competência e responsabilidade em decorrência da execução deste;
- i) Não promover manifestação de apreço ou desapeço ao CREDENCIADO ou a seus subalternos no recinto do local de execução do contrato;
- j) Não compelir ou aliciar pessoas com que se relacione em razão deste termo, no sentido de filiação a associação profissional ou sindical, ou a partido político;
- k) Não retirar, sem prévia autorização, por escrito, do CREDENCIANTE, qualquer documento ou objeto, que não seja de sua propriedade, do local onde executa o objeto deste;
- l) Não opor resistência injustificada a execução dos serviços objeto deste termo;
- m) Não praticar comércio de compra e venda de bens e/ou serviços no recinto do local onde executa o objeto deste;
- n) Não valer-se do presente termo para lograr proveito pessoal ou de outrem, em detrimento da dignidade da Administração Pública;
- o) Não utilizar pessoal ou recursos materiais do local onde executa os serviços objeto deste termo, colocados à sua disposição, em serviços ou atividades particulares;
- p) Não exercer quaisquer atividades incompatíveis a execução do presente termo;
- q) Não aceitar ou prometer aceitar propinas ou presentes, de qualquer tipo ou valor, bem como empréstimos pessoais ou vantagens de qualquer espécie, em razão da execução do presente termo;
- r) Não proceder de forma desidiosa, assim entendida a falta ao dever de diligência na execução do presente termo;
- s) Não praticar durante a execução deste termo, ofensa física ou verbal, a qualquer pessoa, salvo em legítima defesa própria ou de outrem;
- t) Não revelar segredos de que teve conhecimento em função deste termo.

6.5 O CREDENCIADO disponibilizará horários em que esteja à disposição para prestar os serviços objeto deste termo, não podendo se ausentar do local de prestação dos serviços, antes da chegada, ao local, de outro profissional a mando da CREDENCIANTE, indicado para dar continuidade aos serviços, desde que o referido prazo não ultrapasse 30 (trinta) minutos, sendo que, se o tempo de espera do CREDENCIADO superar o acordado na Cláusula Primeira, será ele compensado proporcionalmente.

6.6 O CREDENCIADO fica obrigado a manter, durante a vigência deste Termo, em compatibilidade com as obrigações assumidas, a regularidade fiscal e qualificações exigidas.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOS TRIBUTOS**



7.1 Dos pagamentos devidos ao CREDENCIADO serão descontados todos os encargos tributários e sociais previstos em Lei, decorrentes do presente acordo.

#### **CLAUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES**

8.1 - O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas ou o cumprimento em desacordo com o pactuado acarretará, ao CREDENCIADO, as penalidades previstas no Artigo 87, da Lei 8666/93 e alterações, conforme a gravidade da infração e independentemente da incidência de multa.

#### **CLAUSULA NONA - DAS MULTAS**

9.1 - A CREDECIANTE, no uso das prerrogativas que lhe confere o inciso IV, do artigo 58 e artigo 87, inciso II, da Lei focada, aplicará multa:

- a) ao CREDENCIADO que se recusar injustificadamente, executar os serviços em conformidade com o estabelecido, será aplicada multa na razão de 2% (dois por cento) sobre o valor total da Nota de Empenho referente ao mês em questão, e deverá sanar a irregularidade num prazo de 05 (cinco) dias, após este prazo poderá ser rescindido o “Termos de Credenciamento” e aplicada às penalidades previstas no artigo 87 da lei 8.666/93.
- b) Pela execução em desacordo com as especificações do “Termo de Credenciamento”, será aplicada, multa na razão de 2 % (dois por cento), por dia, calculado sobre o valor total da Nota de empenho do mês em questão, até a efetiva regularização da situação, sendo que o prazo para regularização é de até 10 (dez) dias. Após esse prazo, poderá ser rescindido o “Termo de Credenciamento” e ser aplicada uma ou todas as penalidades previstas no artigo 87 da lei 8.666/93.

9.2 - Dos atos praticados neste Termo, caberão os recursos previstos no Artigo 109 da Lei nº. 8.666/93 e alterações, os quais, dentro dos prazos legais, deverão ser protocolados no Protocolo Geral da Prefeitura de Municipal de XXXXX - GO.

#### **CLAUSULA DÉCIMA - DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES E MULTAS**

10.1 No caso de incidência de uma das situações previstas neste Termo, a CREDENCIANTE notificará o CREDENCIADO, para, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento desta, justificar por escrito os motivos do inadimplemento.

10.1.1. - Será considerado justificado o inadimplemento, nos seguintes casos:

- a) acidentes, imprevistos sem culpa do CREDENCIADO;
- b) falta ou culpa do CREDENCIANTE;
- c) caso fortuito ou força maior, conforme previstas no Código civil Brasileiro.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - RESCISÃO CONTRATUAL**

11.1 - O presente termo poderá ser rescindido independente de procedimento judicial, pelos motivos inscritos no artigo 78 da Lei 8666/93 e posteriores alterações acrescidas dos seguintes:

- I) mediante acordo expresso, e firmado pelas partes, após um aviso premonitório, também expresso, feito com antecedência de 15 (quinze) dias pelo interessado;
- II) unilateralmente pelo CREDENCIANTE, em qualquer tempo, independente de interpelação ou procedimento judicial ou extrajudicial, caso o CREDENCIADO:
  - a) ceda ou transfira, no todo ou em parte, o objeto deste Termo de Credenciamento, ou deleguem a outrem as incumbências as obrigações nele consignadas, sem prévia e expressa autorização do CREDENCIANTE.
  - b) venha a agir com dolo, culpa simulação ou em fraude na execução dos serviços.



- c) quando pela reiteração de impugnação dos serviços ficar evidenciada a incapacidade para dar execução satisfatória ao Termo de Credenciamento.
- d) venha a falir, entrar em concordata, liquidação ou dissolução.
- e) quando ocorrerem razões de interesse do serviço público e ou na ocorrência de qualquer das disposições elencadas na Lei nº 8.666/93 e alterações.

11.2 - Havendo rescisão do Termo de Credenciamento, o CREDENCIANTE pagará ao CREDENCIADO, o numerário equivalente aos serviços efetivamente realizados, e aprovados pela fiscalização, no valor avençado.

11.3 - Em caso de pedido de rescisão formulado por interesse do CREDENCIADO, este se obriga a comunicar o fato, por escrito, ao CREDENCIANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

#### **CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

12.1 - As despesas decorrentes da execução dos serviços ora contratadas serão atendidas pelas rubricas:  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - CASOS OMISSOS**

13.1 - Qualquer pendenga judicial oriunda da aplicação do presente termo será dirimida com base na legislação específica, especialmente no EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018 e a Lei 8.666/93 e posteriores alterações.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO**

14.1 - As partes elegem o Foro da comarca de Posse - GO para dirimirem quaisquer dúvidas oriundas deste ajuste, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

POSSE-GO, XXXXXXX de 2.018.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
CREDENCIANTE

XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
CREDENCIADO  
CPF Nº. XXXXXXXXXXXX

Testemunhas:

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

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





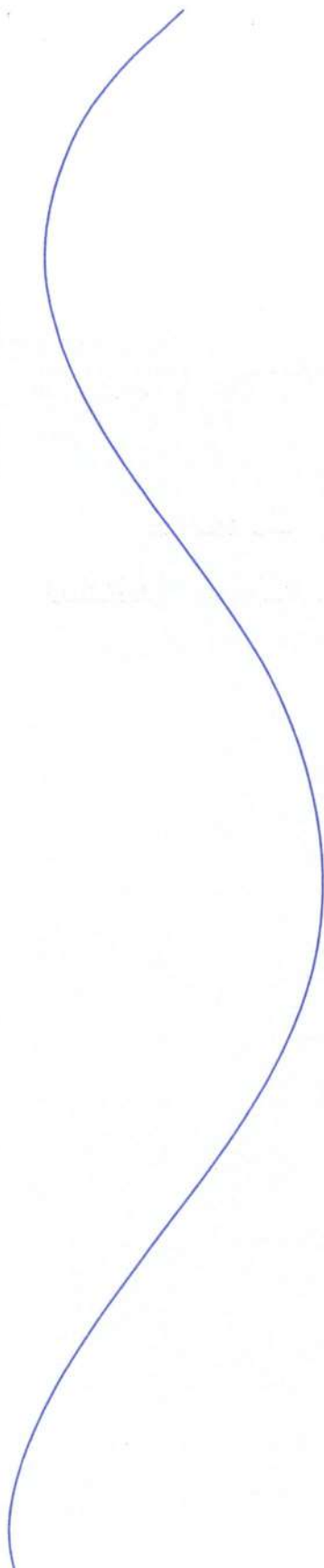
[www.posse.go.gov.br](http://www.posse.go.gov.br)

Avenida Padre Trajano, nº 55, telefone 62 3481 1380

CEP 73900-000 – POSSE/GO

## ANEXO IV

### TERMO DE REFERENCIA





**TERMO DE REFERÊNCIA – PROJETO BÁSICO**  
**Legislação: Lei nº 8.666/93 e Lei nº 10.520/02**

<b>Unidade Solicitante</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>
<b>Órgão emissor</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>Data</b>	23/11/2018

**1. Objeto da Contratação**

O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Profissionais Pessoas Físicas e Jurídicas e Estabelecimentos da Área da Saúde para a Prestação de Serviços para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, com entrega parcelada, mediante contrato a ser celebrado com Município de Posse, GO.

**2. Detalhamento do Objeto**

Conforme Anexo I contendo vagas, carga horária e remuneração.

**3. Justificativa**

Para a prestação dos serviços público de saúde e a implementação dos programas e ações descentralizadas de saúde, segundo a disciplina da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/90), impõem-se à Administração Pública, considerando o caráter finalístico e a titularidade dos serviços públicos de saúde, o credenciamento não se destina à substituição do quadro de pessoal próprio, mas à complementação dos serviços prestados diretamente.

**4. Das condições de Garantia/Assistência Técnica**

Não se aplica.

**5. Dotação Orçamentária**

- 2.295 – Manutenção do Hospital Municipal / Prog. Amb. E Hosp. – MAC
- 2.298 – Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde - FMS
- 2.299 – Manutenção das Atividades do SAMU
- 2.300 – Manutenção das Atividades do Centro de Fisioterapia
- 2.301 – Manutenção da Vigilância Epidemiológica e Sanitária
- 2.293 – Manutenção do Programa Saúde Bucal
- 2.294 – Manutenção do Programa Saúde da Família
- 2.296 - Manutenção das Ações de Serviços Básicos

Fontes de Recursos:

114 – Recurso SUS

102 – Recurso Próprio

**6. Condições p/Habilitação**

**PESSOA JURÍDICA:**

1. Requerimento;
2. Registro Comercial, no caso de empresa individual;
3. Cópia da inscrição no CNPJ;
4. Registro ou inscrição da empresa, em pleno vigor na entidade profissional competente;
5. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social consolidado, chancelado pela junta Comercial ou Cartório de Títulos e Documentos, conforme o caso em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
6. Declaração do credenciando de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo;
7. Declaração de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição, no que diz respeito proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre, aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendizes, a partir de quatorze anos, e na Lei 9.854, de 27 de outubro de 1999;
8. Cópia do Alvará de Licença Sanitária;
9. Prova de regularidade fiscal com a Receita Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União).
10. Prova de regularidade fiscal para com Receita Estadual;
11. Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica credenciada;
12. Prova de regularidade para com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito emitida pelo INSS);

13. Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);
14. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
15. Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente, do profissional que executará os serviços;
16. Nome do especialista que atenderá, respondendo sob a responsabilidade da pessoa física, bem com toda a sua documentação, conforme relação no item 5.2.
17. Cópia do comprovante de especialização na área pretendida, do(s) profissional que executarão os serviços;

#### **PESSOA FÍSICA:**

1. Declaração de Compromisso de Prestação de Serviços e de disponibilidade de carga horária compatível com a conveniência da Secretaria Municipal da Saúde, considerando-se o horário de funcionamento das Unidades Básicas de saúde do Município.
2. Carteira de identidade;
3. CPF;
4. Título de Especialista fornecido pelo seu respectivo Conselho;
5. *Curriculum Vitae*;
6. Título de eleitor e comprovante da última votação;
7. Reservista, se do sexo masculino;
8. Prova de regularidade junto ao órgão de fiscalização da categoria profissional;
9. Declaração sobre o exercício de outra função pública, indicando a entidade ou órgão empregador e o período de trabalho;
10. Prova de inscrição e de regularidade com o INSS;
11. Declaração se é proprietário, administrador, dirigente ou não de entidades ou órgãos contratados ou conveniados com o SUS;
12. Comprovante de endereço;
13. Exame Toxicológico quando solicitado pela secretaria de saúde;

#### **7. Condições básicas para recebimento e forma de pagamento**

O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, tendo a prestação de serviços e o cumprimento do horário determinado pela Secretaria Municipal de Saúde.

O pagamento somente será efetuado mediante apresentação de documento fornecido pela Secretaria de Saúde, via conta bancária.

O pagamento somente será efetuado mediante apresentação de documento fiscal idôneo juntamente com os comprovantes (laudos e lista de pacientes, folha de ponto, mapa de apuração) e relatório com visto da Secretaria de Saúde do Município de POSSE, encaminhado até o quinto dia útil do mês subsequente, ao da efetiva prestação dos serviços, e será pagos até 30 (trinta) dias.

Os valores a serem pagos, não sofrerão qualquer tipo de correção ou reajuste durante a vigência do presente TERMO DE CREDENCIAMENTO.

A prestação de serviços do presente edital será realizada de 03 de Janeiro de 2.018, até 20 de dezembro de 2.018, podendo ser prorrogado, nos termos do art. 57, II, da Lei nº 8.666/93.

#### **8. Servidor responsável pela Gestão do Contrato da futura contratação**

A fiscalização da contratação será exercida mediante folha de ponto e por um representante da Administração, ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução do contrato, e de tudo dará ciência à Administração.

#### **9. Local de entrega ou execução dos serviços**

Todas as unidades de Saúde ou locais conveniados a ela e ainda de acordo com a necessidade ou demanda da Secretaria de Saúde.

#### **10. Cronograma de fornecimento ou prestação de serviços**

Não se aplica.

#### **11. Amostras e Laudo Técnico**

Não se aplica.

#### **12. Obrigações mínimas do CONTRATADO**

A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda: Seguir regras, regimento interno e protocolos de cada função.

Estar atualizado e participar de reuniões e capacitações quando for solicitado.  
Manter, durante toda a execução do objeto, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas.  
É de responsabilidade exclusiva e integral do Credenciado, os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município ou para o Ministério da Saúde.

### 13. Obrigações mínimas da: CONTRATANTE

Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;  
A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente objeto, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

### 14. Sanções Administrativas: (a) penalidade de advertência; (b) multa; (c) etc.

Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666, de 1993 e da Lei nº 10.520, de 2002, a Contratada que:

- 14.1.1. Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
- 14.1.2. Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- 14.1.3. Fraudar na execução do contrato;
- 14.1.4. Comportar-se de modo inidôneo;
- 14.1.5. Cometer fraude fiscal;
- 14.1.6. Não mantiver a proposta.
- 14.2. A Contratada que cometer quaisquer das infrações discriminadas no subitem acima ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:
  - 14.2.1. Advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para a Contratante;
  - 14.2.2. Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
  - 14.2.3. Suspensão de licitar e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até dois anos;
  - 14.2.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;
- 14.3. Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, a Contratada que:
  - 14.3.1. Tenha sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
  - 14.3.2. Tenha praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
  - 14.3.3. Demonstre não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- 14.4. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.
- 14.5. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

### 15. Garantia Contratual

Não se aplica.

### 16. Outras Informações pertinentes

Os credenciados elencados, deverão prestar serviços nos locais determinados pela Secretaria Municipal de Saúde, de segunda a sexta feira, além dos plantões, conforme o pactuado entre as partes.  
A escolha, dentre os credenciados, daquele que prestará o serviço compete ao próprio usuário do serviço público municipal de saúde.  
Não serão consideradas as propostas que deixarem de atender qualquer das disposições deste Edital de credenciamento e não serão admitidas, sob quaisquer motivos, modificações ou substituições de

qualquer documento inserto nestas.

Em nenhuma hipótese será concedido prazo diverso do fixado neste Edital de credenciamento. O credenciado que se recusar, injustificadamente, a executar o serviço ora contratado sofrerá as penalidades previstas no Artigo 87, II de Lei 8.666/93.

Ao Prefeito fica assegurado o direito de, preservando o interesse do Município, revogar ou anular o presente Edital de Chamamento Público, justificando a razão de tal ato, dando ciência aos partícipes.

### 17. Certificado de Declaração do emissor deste Termo de Referência

#### TERMO DE DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o presente termo de referência acha-se de acordo com o inciso I, § 2º, do art. 7º, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações seguintes.

À consideração superiora.

POSSE/GO, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**EDGAR HENRIQUE DOS SANTOS**

Edgar Henrique dos Santos  
Secretaria Mun. de Saúde  
Portaria 008/2017

### 18. Despacho de Aprovação da Autoridade Superior (Prefeito/Gestor)

#### DESPACHO DA AUTORIDADE SUPERIORA

Depois de vistos, aprovo o presente termo de referência, após constatar que o mesmo foi elaborado consoante os requisitos do inciso I, do § 2º, do art. 7º, da Lei nº 8.666/93, com as alterações da Lei nº 8.883/94. POSSE/GO, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Gestor**

Edgar Henrique dos Santos  
Secretaria Mun. de Saúde  
Portaria 008/2017

### ANEXO I

#### ESTIMATIVA DE PROFISSIONAIS

##### ESF I – MÃE BELA

Rua Leonidas Augusto Figueredo Nº 21 Setor Mãe Bela

Cargo/função	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Médico (a)	40 Horas	R\$ 12.000,00
Médico (a) (demanda livre)		R\$ 25,00 por Consulta
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	40 Horas	R\$ 3.000,00 + R\$ 500,00*
Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Auxiliar Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

##### ESF II – AURELINA ALVES PEREIRA

Rua Robson Ricardo Rua Barbosa s/n Setor Augusto José Valente I

Cargo/Função	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Médico (a)	40 Horas	R\$ 12.000,00
Médico (a) (demanda livre)		R\$ 25,00 Por Consulta
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	40 Horas	R\$ 3.000,00 + R\$ 500,00*

Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Auxiliar Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**ESF III – POVOADO BARBOSILÂNDIA**

Av. Central Povoado Barbosilândia s/n

Cargo/Função	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Medico (a)	30 Horas	R\$ 9.000,00
Médico (a) (demanda livre)		R\$ 25,00 Por Consulta
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	34 Horas	R\$ 2.500,00 + R\$ 500,00*
Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	30 Horas	R\$ R\$ 2.500,00
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**ESF IV – SANTA LUZIA**

Professora Lourenço da Costa Neta Qd. 09 Lt. 04 Setores Santa Luzia

Cargo/Função	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Medico (a)	40 Horas	R\$ 12.000,00
Médico (a) (demanda livre)		R\$ 25,00 Por Consulta
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	40 Horas	R\$ 3.000,00 + R\$ 500,00*
Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**ESF V – CENTRAL**

Rua João de Abreu s/n Central

Cargo/Função	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Medico (a)	40 Horas	R\$ 12.000,00
Médico (a) (demanda livre)		R\$ 25,00 Por Consulta
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	40 Horas	R\$ 3.000,00 + R\$ 500,00*
Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Técnico em Higiene Dental	40 Horas	R\$ 1.066,95
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**ESF VII – ESF VILA SÃO JOSÉ**

Cargo/Função	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Médico (a)	40 Horas	R\$ 12.000,00
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	40 Horas	R\$ 3.000,00 + R\$ 500,00*
Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**ESF VI – POVOADO NOVA VISTA**

Av. Central s/n

Cargo/Função	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
--------------	---------------	----------------------------

Médico (a)	30 Horas	R\$ 9.000,00
Médico (a) (demanda livre)		R\$ 25,00 Por Consulta
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	34 Horas	R\$ 2.500,00 + R\$ 500,00*
Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	30 Horas	R\$ 2.500,00
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**ESF VIII - CACHIMBO**

Profissional	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Médico (a)	20 Horas	R\$ 6.000,00
Médico (a) (demanda livre)		R\$ 25,00 Por Consulta
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	30 Horas	R\$ 2.500,00 + R\$ 500,00*
Técnico em Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	30 Horas	R\$ 2.500,00
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**PACS - PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Profissional	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Medico (a)	20 Horas	R\$ 6.000,00
Médico (a) (demanda livre)		R\$ 25,00 por consulta
Enfermeira (o)	40 Horas	R\$ 3.000,00 + R\$ 500,00*
Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Odontólogo (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ITINERANTE**

Profissional	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Médico Clínico Geral - Itinerante (demanda livre ou agendada)	06 Horas Semanais	R\$ 600,00

**NÚCLEO APOIO EMERGÊNCIAL DA SAÚDE – ITINERANTE (NAES)**

Profissional	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Médico Clínico Geral - Itinerante (demanda livre ou agendada)		R\$ 25,00 por Consulta

**ACADEMIE DA SAÚDE**

Profissional	Carga Horaria	Remuneração Estimada Bruto
Educador Físico	40 Horas	R\$ 3.000,00

**PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE/AMBULATÓRIO MUNICIPAL**

Cargo/Função	Carga Horaria/Consultas	Remuneração Estimada Bruto
Cardiologista	Por Demanda	R\$ 85,00
Ginecologista E Obstetra	Por Demanda	R\$ 85,00
Ortopedista	Por Demanda	R\$ 85,00
Pediatra	Por Demanda	R\$ 85,00
Fisioterapeuta	Por Demanda	R\$ 85,00
Cirurgia Geral	Por Demanda	R\$ 85,00

Clinico Geral	Por Demanda	R\$ 85,00
Psiquiatria	Por Demanda	R\$ 85,00
Neurologista	Por Demanda	R\$ 85,00
Oftalmologista	Por Demanda	R\$ 85,00
Médico do Trabalho	Por Demanda	R\$ 85,00
Consultas por Especialidade	Por demanda	R\$ 85,00
Ultrassonografia	Por demanda	R\$ 85,00
Enfermeira (o) (Gerente de UBS/ESF)*	40 Horas	R\$ 3.000,00 + R\$ 500,00*
Odontólogo (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95
Tec. Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Fonoaudiólogo	30 horas	R\$ 2.250,00
Psicólogo	40 Horas	R\$ 3.000,00

**PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NASF - A SEREM CONTRATADOS**

Cargo/Função	Carga Horária	Remuneração Estimada Bruto
Psicólogo	20 Horas	R\$ 1.500,00
Fisioterapeuta	20 Horas	R\$ 1.500,00
Nutricionista	40 Horas	R\$ 3.000,00
Educador Físico	20 Horas	R\$ 1.500,00
Assistente Social	20 Horas	R\$ 1.500,00
Fonoaudiólogo	20 Horas	R\$ 1.500,00
Farmacêutico	20 Horas	R\$ 1.500,00
Educador Social	20 Horas	R\$ 1.500,00

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

Cargo/Função	Carga Horária	Remuneração Estimada Bruto
Natuterapeuta	40 Horas	R\$ 3.000,00

**PROFISSIONAIS DO HOSPITAL MUNICIPAL - A SEREM CONTRATADOS POR PLANTÕES**

Cargo/função	Carga Horária	Valor do Plantão Bruto
Cardiologista	Plantão 12 Horas	R\$ 1.100,00
Clinico Geral	Plantão 12 Horas	R\$ 1.100,00
Ginecologista e Obstetra	Plantão 12 Horas	R\$ 1.100,00
Ortopedista	Plantão 12 Horas	R\$ 1.100,00
Médico Anestesiologista	Plantão 12 Horas	R\$ 1.100,00
Cirurgião Geral	Plantão 12 Horas	R\$ 1.100,00
Pediatra	Plantão 12 Horas	R\$ 1.100,00
Técnica em Enfermagem	Plantão 12 Horas	R\$ 65,00
Enfermeiro (a)	Plantão 12 Horas	R\$ 120,00
Farmacêutico	Plantão 12 Horas	R\$ 120,00
Técnico em Radiologia	Plantão 12 Horas	R\$ 65,00
Tec. Gesso	Plantão 12 Horas	R\$ 65,00
Inter consultas por especialidades		R\$ 170,00

**PROFISSIONAIS DO HOSPITAL MUNICIPAL - A SEREM CONTRATADOS**

Cargo/Função	Carga Horária	Remuneração Estimada Bruto
--------------	---------------	----------------------------

Médico Direção Clínica	10 Horas	R\$ 4.000,00
Clínica Médica (Internação)	20 Horas	R\$ 9.260,00
Médico Autorizador de AIH	05 Horas	R\$ 3.000,00
Médico de Comissão de CCIH	05 Horas	R\$ 3.000,00
Enfermeiro (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Técnicos em Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Coordenação de Enfermagem	40 Horas	R\$ 3.500,00
Médico Diretor Técnico	10 Horas	R\$ 4.000,00
Nutricionista	40 Horas	R\$ 3.000,00
Farmacêutico	40 Horas	R\$ 3.000,00
Biomédico	40 Horas	R\$ 3.000,00
Enfermeiro de CCIH	40 Horas	R\$ 3.000,00
Técnico em Radiologia	24 Horas	R\$ 1.642,65
Técnico Gesso	36 Horas	R\$ 1.642,65
Técnico de Laboratório	40 Horas	R\$ 1.055,24
Assistente Social	30 Horas	R\$ 2.250,00

**PROFISSIONAIS A SEREM CONTRATADOS PARA O NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Cargo/Função	Carga Horária	Remuneração Estimada Bruto
Enfermeiro (a) Coordenador de Vig. Sanitária.	40 Horas	R\$ 3.500,00
Enfermeiro (a) Coordenador Núcleo de Vigilância Epidemiológica	40 Horas	R\$ 3.500,00
Médico Ambulatorial Sanitarista	20 Horas	R\$ 3.000,00
Enfermeiro (a) Coordenador do Núcleo de Endemias	40 Horas	R\$ 3.000,00
Médico Veterinário	40 Horas	R\$ 3.000,00
Tecnólogo em Saneamento	40 Horas	R\$ 2.261,62

**VALORES ESTIMADOS DE PLANTÕES E SALÁRIOS PARA PROFISSIONAIS SAMU**

Cargo/função	Carga Horária	Valor do Plantão Bruto
Medico (a)	Plantão 12 Horas	R\$ 950,00
Tec. Enfermagem	Plantão 12 Horas	R\$ 65,00
Enfermeiro (a)	Plantão 12 Horas	R\$ 120,00
Técnico em Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Enfermeiro (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Coordenador (a)	40 Horas	R\$ 3.500,00
Socorrista Habilitado	40 horas	R\$ 1.193,89
Médico Responsável Técnico	10 Horas	R\$ 3.000,00

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Cargo/função	Carga Horária Semanal	Valor Bruto
Coordenador da Atenção Básica	40 Horas	R\$ 3.500,00
Coordenação de Média e Alta Complexidade	40 Horas	R\$ 3.500,00
Enfermeiro (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Farmacêutico (a)	40 Horas	R\$ 3.000,00
Farmacêutico Responsável técnico	40 Horas	R\$ 3.500,00
Assistente Social	40 horas	R\$ 3.000,00

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR - SAD**

Cargo/função	Carga Horária Semanal	Valor Bruto
--------------	-----------------------	-------------



Medico	40 Horas	R\$ 12.000,00
Auxiliar/Técnico em Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Enfermeiro	40 Horas	R\$ 3.000,00
Fisioterapeuta	30 Horas	R\$ 2.250,00
Assistente Social	30 Horas	R\$ 2.250,00

**POLITICA DE SAÚDE PRISIONAL**

Cargo/função	Carga Horaria Semanal	Valor Bruto
Medico psiquiatra ou com experiência comprovada em saúde mental	20 Horas	R\$ 6.000,00
Medico	20 Horas	R\$ 6.000,00
Técnico em Enfermagem	40 Horas	R\$ 1.055,24
Enfermeiro	40 Horas	R\$ 3.000,00
Terapeuta Ocupacional	20 Horas	R\$ 1.500,00
Nutricionista	20 horas	R\$ 1.500,00
Assistente Social	20 Horas	R\$ 1.500,00
Fisioterapeuta	20 Horas	R\$ 1.500,00
Psicólogo	20 Horas	R\$ 1.500,00
Odontólogo	40 Horas	R\$ 3.000,00
Auxiliar de Saúde Bucal	40 Horas	R\$ 1.066,95

**TABELA MUNICIPAL PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS EM DIAGNOSE DE PATOLOGIA CLÍNICA REALIZADOS NO LABORATÓRIO DE POSSE - GO.**

**EXAMES REALIZADOS**

01	ÁCIDO ÚRICO
02	AMILASE
03	ASLO
04	BHCG - TESTE DE GRAVIDEZ
05	BILIRRUBINA DIRETA
06	BILIRRUBINA INDIRETA
07	BILIRRUBINA TOTAL
08	COAGULOGRAMA COMPLETO
09	CKMB
10	COLESTEROL HDL
11	COLESTEROL LDL
12	COLESTEROL TOTAL
13	COLESTEROL VLDL
14	CREATININA
15	EAS - EXAME SUMÁRIO DE URINA
16	EPF - PARASITOLÓGICO

17	FOSFATASE ALCALINA
18	GAMA GT
19	GLICEMIA DE JEJUM
20	HEMOGRAMA COMPLETO
21	LÁTEX
22	PCR
23	TEMPO DE COAGULAÇÃO
24	TEMPO DE SANGRAMENTO
25	TIPAGEM SANGUINEA + FATOR RH
26	TRANSAMINASE TGO
27	TRANSAMINASE TGP
28	TRIGLICÉRIDES
29	TROPONINA TESTE RÁPIDO
30	URÉIA
31	VDRL
32	VHS
33	TAP
34	TTPA

- Exame de emergência 24hs deverá ser entregue os resultados num prazo máximo de 01(uma) hora.
- Exames de internação 24hs a liberação do resultado deverá sair em ate 12 (doze) horas, salvo os casos que serão necessários mais tempo justificados pelo laboratório.
- Material coletado com controle de temperatura das amostras visando a integridade e qualidade dos resultados.
- Entrega de exames nos locais de coleta.
- Orientação para coleta.
- Serviço de atendimento ao usuário do sistema, controle de qualidade de atendimento.
- Responsabilidade para reposição – os equipamentos e pessoal serão de inteira responsabilidade do laboratório.
- Deve-se responsabilizar pelo controle de qualidade dos serviços prestados, bem como encaminhar todas as laminares de Tuberculose e Hanseníase para o LACEN conforme preconizado pelo Estado.
- Será necessário 01 (um) responsável técnico biomédico, 02 (dois) técnicos de laboratório, 01 (um) auxiliar administrativo e 01 (um) auxiliar de serviços gerais (higienização) sendo que os auxiliares terão como carga horária através de plantão e/ou turno e/ou escala de acordo com organização da contratada.



- E de inteira responsabilidade do laboratório o mantimento do quadro funcionários, com reposição de férias, atestados e ou eventualidades, para que não ocorra qualquer prejuízo no atendimento ao paciente.
- A contratada deverá realizar capacitações e aperfeiçoamento de toda equipe clinica e administrativa apresentando semestralmente.
- É responsabilidade da contratada a manutenção dos equipamentos, materiais de informática, material gráfico, material de escritório (RECARGA DE CARTUCHOS, TONER, PAPEL DE FORMULARIO CONTINUO), material de limpeza e higienização. A reposição dos equipamentos de inteira responsabilidade da contratada no prazo máximo de 24horas.
- Transporte dos pontos de coleta até os pontos de análise é de responsabilidade do contratante bem como o transporte dos profissionais para realizar as coletas.
- As coletas serão realizadas por profissionais habilitados e contratados pelo laboratório.
- Materiais, reagentes e equipamentos para realização dos exames serão de responsabilidade da contratada.
- Fixa fixada a realização de exames laboratoriais de no mínimo 30 pacientes por dia, agendados pelas Unidades de Saúde de segunda-feira á sexta-feira.

Valor do serviço: R\$ 12.500,00 (mensais).

**CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS EM DIAGNOSE DE PATOLOGIA CLINICA EM REDE PRIVADA**

Exames não realizados no Laboratório Municipal poderão ser realizados em Laboratórios da Rede Privada com base em relatório apresentado pela contratada e tabela com preços de tabela de referencia SUS.

OBS.: Os exames laboratoriais de Urgência e Emergência constantes, colhidos no Hospital Municipal de Posse serão acrescidos de 30% (trinta por cento), haja vista o Regime de Plantão.

**TABELA MUNICIPAL PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS EM DIAGNOSE DE PATOLOGIA CLINICA REALIZADOS EM REDE PRIVADA**

EXAMES REALIZADOS		VALOR
	EXAMES	
01	BACILOSCOPIA PARA HANSENÍASE	R\$ 28,00
02	BACILOSCOPIA PARA TURBECULOSE	R\$ 28,00
03	SOROLOGIA PARA LEISHMANIOSE	R\$ 60,00
04	VDRL QUANTITATIVO	R\$ 40,00
05	AMILASE	R\$ 15,00
06	COAGULOGRAMA (Prova DO Laço)	R\$ 30,00
07	CREATINO FOSFOQUINASE – FRAÇÃO MB	R\$ 40,00
08	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 15,00
09	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 18,00
10	GONADOTRÓFICO CORIÔNICO, HORMÔNIO (HCG)	R\$ 35,00
11	TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 15,00
12	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 12,00



[www.posse.go.gov.br](http://www.posse.go.gov.br)

Avenida Padre Trajano, nº 55, telefone 62 3481 1380

CEP 73900-000 - POSSE/GO

13	PSA	R\$ 35,00
14	TSH	R\$ 30,00
15	T3	R\$ 20,00
16	T4	R\$ 20,00
17	Sorologia para chagas	R\$ 30,00
18	Troponina	R\$ 30,00
19	CKMB	R\$ 20,00
20	LH Hormônio	R\$ 20,00
21	FSH	R\$ 20,00
22	CA 125	R\$ 40,00
23	CA 50	R\$ 60,00
24	UROCULTURA	R\$ 40,00
25	SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 30,00
26	CA 15-3	R\$ 35,00

**TABELA MUNICIPAL PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE TABELA DE PREÇOS**  
**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

**EM REDE PRIVADA**

RESSONÂNCIA	Valor Sem Contraste	Valor com Contraste
Acrômio clavicular	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Antebraço unilateral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Articulações	R\$ 590,00	R\$ 740,00
ATM	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Bacia	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Braço unilateral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Carpo/metacarpiana	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Coluna Cervical	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Coluna Cervical	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Coluna Lombar	R\$ 590,00	R\$ 740,00



[www.posse.go.gov.br](http://www.posse.go.gov.br)

Avenida Padre Trajano, nº 55, telefone 62 3481 1380

CEP 73900-000 – POSSE/GO

Coluna Lombar	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Coluna Lombo-sacra	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Coluna vertebral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Cotovelo unilateral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Coxa Unilateral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Coxofemoral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Crânio	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Face (Seis da face)	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Hipófise (sela túrsica)	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Joelho	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Mama	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Mão unilateral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Ombro	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Órbitas Bilateral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Ouvidos Bilateral	R\$ 590,00	R\$ 740,00
Perna Unilateral	R\$ 590,00	R\$ 740,00

**TABELA MUNICIPAL PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE TABELA DE PREÇOS  
TOMOGRAFIA**

**EM REDE PRIVADA**

TOMOGRAFIA	Valor Sem Contraste	Valor com Contraste
ABDOME SUPERIOR	R\$ 490,00	
ABDOME TOTAL	R\$ 700,00	
ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILÍACAS OU COXOFEMORAL OU JOELHO OU PÉ) - UNILATERAL	R\$ 470,00	
COLUNA CERVICAL ATE 3 SEGMENTOS	R\$ 95,00	
COLUNA SEGMENTO ADICIONAL	R\$ 95,00	
CRÂNIO	R\$ 300,00	
PELVE OU BACIA	R\$ 470,00	
PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE).	R\$ 490,00	



[www.posse.go.gov.br](http://www.posse.go.gov.br)

Avenida Padre Trajano, nº 55, telefone 62 3481 1380  
CEP 73900-000 – POSSE/GO

TC SEGMENTO APENDICULARES ( BRAÇO, OU ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 470,00	
TÓRAX	R\$ 390,00	

**TABELA MUNICIPAL PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL EM REDE PRIVADA**

RAIOS X	VALORES
RX - ABDOME SIMPLES	R\$ 50,00
RX - ANTEBRAÇO AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - ARTICULAÇÕES ACRÔMIO-CLAVICULAR AP	R\$ 50,00
RX - ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS AP	R\$ 50,00
RX - BACIA AP	R\$ 50,00
RX - BRAÇO AP/PERFIL (ÚMERO)	R\$ 50,00
RX - CALCÂNEO	R\$ 50,00
RX - CAVUM LAT.HIRTZ (BOCA ABERTA E FECHADA)	R\$ 50,00
RX - CLAVÍCULA AP	R\$ 50,00
RX - COLUNA CERVICAL AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - COLUNA CERVICAL OBLIQUAS	R\$ 50,00
RX - COLUNA DORSAL AP/PERFIL (TORÁCICA)	R\$ 50,00
RX - COLUNA LOMBAR AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - COLUNA SACRO COCCIX AP	R\$ 50,00
RX - COLUNA LOMBO-SACRO AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - COLUNA TOTAL AP/PERFIL	R\$ 110,00
RX - COSTELAS (ARCOS COSTAIS)	R\$ 50,00
RX - COTOVELO AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - COXA AP/PERFIL (FÊMUR)	R\$ 50,00
RX - COXA FEMURAL (QUADRIL)	R\$ 50,00
RX - CRÂNIO AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - ESCANOMETRIA (JOELHO, TORNOZELO E CO FEMURAL)	R\$ 170,00
RX - ESTERNO AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - JOELHO AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - MÃOS E PUNHOS P/ IDADE ÓSSEA	R\$ 65,00
RX - MÃOS AP/PERFIL (QUIRODÁCTILO)	R\$ 50,00

RX - MANDÍBULA AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - OMBRO AP	R\$ 50,00
RX - OMBRO AP (ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA)	R\$ 50,00
RX - ÓRBITA	R\$ 50,00
RX - PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 50,00
RX - PÉ AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - PERNA AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - PUNHO AP/PERFIL	R\$ 50,00
RX - QUADRIL AP	R\$ 50,00
RX - SAF (SEIOS DA FACE F. N/M. N/ LATERAL).	R\$ 50,00
RX - TÓRAX PA E/OU PERFIL	R\$ 50,00
RX - TORNOZELO (ARTICULAÇÃO TÍBIO-TARSICA)	R\$ 50,00
<b>ESPIROMETRIA</b>	
<b>VALORES</b>	
Prova de Função Pulmonar Completa (ou Espirometria)	R\$ 110,00
<b>BIOPSIA</b>	
<b>VALORES</b>	
Biopsia por Fragmento	R\$ 40,00
Biopsia por Peça	R\$ 140,00
<b>ULTRASSOM</b>	
<b>VALORES</b>	
Mamas	R\$ 100,00
Abdome Total (inclui abdome inferior)	R\$ 130,00
Abdome Superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	R\$ 100,00
Aparelho Urinário feminino (rins, ureteres e bexiga)	R\$ 100,00
Aparelho Urinário masculino (rins, ureteres, bexiga e próstata)	R\$ 100,00
Abdome Inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais)	R\$ 105,00
Abdome Inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexos)	R\$ 105,00
Órgãos Superficiais (tireoide, escroto, pênis ou crânio)	R\$ 105,00
Estruturas Superficiais (cervical, axilas, músculo ou tendão)	R\$ 105,00
Articular (por articulação)	R\$ 105,00
Ultrassom Membro Inferior	R\$ 105,00
Ultrassom Membro Superior	R\$ 105,00
Obstétrica	R\$ 120,00
Obstétrica Convencional com Doppler Colorido	R\$ 220,00





[www.posse.go.gov.br](http://www.posse.go.gov.br)

Avenida Padre Trajano, nº 55, telefone 62 3481 1380

CEP 73900-000 – POSSE/GO

Obstétrica Morfológica	R\$ 250,00
Obstétrica Gestação múltipla: cada feto	R\$ 115,00
Obstétrica Gestação múltipla com Doppler Colorido: cada feto	R\$ 130,00
Obstétrica 1º trimestre (endovaginal)	R\$ 110,00
Parede Abdominal	R\$ 250,00
Transvaginal (inclui abdome inferior feminino)	R\$ 105,00
Colposcopia	R\$ 200,00 + biópsia
Cauterização do Colo Uterino	R\$ 230,00
<b>DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>	
Mamografia Convencional Bilateral Digital	R\$ 100,00
Densitometria óssea - 1 segmento	R\$ 150,00
Densitometria óssea - 2 segmentos	R\$ 150,00
Densitometria óssea - Corpo inteiro	R\$ 150,00
Vídeo Endoscopia Digestiva Alta	R\$ 240,00 + biópsia
<b>EXAMES CARDIOLÓGICOS</b>	
Holter de 24 horas - 2 ou mais canais - Analógico	R\$ 150,00
Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial - MAPA (24 horas)	R\$ 150,00
ECG Convencional de 12 Derivações	R\$ 60,00
Teste Ergométrico (esforço)	R\$ 240,00
Ecocardiograma	R\$ 240,00
<b>EXAMES OFTALMOLÓGICOS</b>	
Gonioscopia - Binocular	R\$ 110,00
Mapeamento de Retina (oftalmoscopia indireta) - Monocular	R\$ 110,00
Microscopia Espacular de Córnea - Monocular	R\$ 120,00
Retinografia (só honorário) Monocular	R\$ 120,00
Tonometria - Binocular	R\$ 120,00
Biometria Ultrassônica - Monocular	R\$ 120,00
Paquimetria Ultrassônica - Monocular	R\$ 120,00
Campimetria Manual - Monocular	R\$ 120,00
Ceratoscopia Computadorizada - Monocular	R\$ 120,00
Retirada de Corpo Estranho	R\$ 120,00
Teste do Olhinho	R\$ 120,00



Curva tensional	R\$ 120,00
<b>EXAMES FONOAUDIOLÓGICOS</b>	
<b>VALORES</b>	
Audiometria tonal Limiar com Testes de Discriminação	R\$ 110,00
Impedanciometria	R\$ 110,00
Teste da Orelhinha	R\$ 15,00
Otoemissões Evocadas Transientes	R\$ 110,00
<b>CONSULTAS</b>	
<b>VALORES</b>	
Consulta Cardiologia	R\$ 180,00
Consulta Dermatologia	R\$ 140,00
Consulta Ginecologia	R\$ 120,00
Consulta Neurologia	R\$ 220,00
Consulta Oftalmologia	R\$ 140,00
Consulta Ortopedia	R\$ 160,00
Consulta Urologia	R\$ 160,00
Consulta Pediatria	R\$ 140,00
Consulta Psiquiatria	R\$ 250,00
Consulta Clínica Médica	R\$ 120,00
Consulta Pneumologia	R\$ 155,00
Consulta Otorrino	R\$ 300,00

\* O enfermeiro Gerente de ESF – Estratégia Saúde da Família recebe um incentivo de R\$ 500 (quinhentos reais) já adicionado ao valor padrão de salário de profissional de nível superior de R\$ 3.000 (três mil reais) para 40 horas semanais; perfazendo o total de R\$ 3.500 (Três mil e quinhentos reais) justificado pelas múltiplas funções exercidas por este profissional no âmbito de atuação na ESF incluindo atividades técnicas, assistenciais, de supervisão, coordenação, gestão de pessoas e infraestrutura.

Conforme a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, destacam-se como atribuições específicas do Enfermeiro:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Além destas atribuições específicas, A PNAB estabelece ainda atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica. (Ler Portaria para conhecimento) e confere ao profissional outras atribuições a serem estabelecidas pela **gestão municipal**, que destaca alguns critérios específicos, como:

I – Exigir e supervisionar o cumprimento de carga horária de todos os membros da equipe e encaminhar ao Departamento de Recursos Humanos da Secretaria, dentro do prazo estabelecido, documento de registro de frequência e mapa síntese de servidores;

II – Realizar todos os relatórios necessários e solicitados pela gestão municipal, regional de saúde, estado e ministério de saúde e encaminhar ao setor cabível dentro dos prazos pré-estabelecidos;

III – Realizar notificação de todos os agravos estabelecidos pelo SINAN e encaminhar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica o mais rápido possível;

IV – Participar de reuniões e cursos de treinamento e multiplicar as informações para os demais membros da equipe;

V – Realizar todas as ações pertinentes à vigilância em saúde, dentre elas:

- **HANSENÍASE:** Avaliar todos os contatos, administrar doses supervisionadas; avaliar, tratar e encerrar caso corretamente; realizar ou encaminhar para avaliação neurológica simplificada e de grau de incapacidade;
- **TUBERCULOSE:** Avaliar contatos com RX e exame PPD; realizar solicitação de baciloscopia de acompanhamento, realizar TODO, avaliação e data de encerramento;
- **IMUNIZAÇÃO:** Alimentar corretamente o sistema SIPNI, realizar fechamento mensal de relatórios físico e online dentro dos prazos, preencher cartão espelho e busca de faltosos;

**Obs 1. Este incentivo está sujeito à avaliação de competência e produtividade, sendo adquirido apenas após um período de experiência e avaliação do coordenador de Atenção Básica e gestores e está condicionado à correspondência das expectativas do cargo.**





[www.posse.go.gov.br](http://www.posse.go.gov.br)  
Avenida Padre Trajano, nº 55, telefone 62 3481 1380  
CEP 73900-000 – POSSE/GO

**Obs 2. Enfermeiros da zona rural ou que realizam carga horária diferente de 40 horas semanais recebem valor proporcional à carga horária realizada obedecendo aos mesmos critérios descritos acima.**

**Obs 3. Ficou definido que nas novas contratações referente ao credenciamento (termo de referencia) os candidatos terão classificação por ordem decrescente da pontuação obtida, mediante a análise curricular.**

**ANEXO V**

**MODELO DE DECLARAÇÃO AUTÔNOMO**

Eu, \_\_\_\_\_, (qualificação), de conformidade com o Edital de Credenciamento e o Termo de Credenciamento estipulado com o Município de Posse (GO), através da Secretaria Municipal de Saúde, **DECLARO** estar ciente de que fui Credenciado para prestação de serviços sem vínculo empregatício para exercer funções como profissional autônomo. **DECLARO**, ainda, estar ciente de que o referido Termo de Credenciamento é regido pela Lei nº 8.666/1993 e da submissão a todos os ditames previstos no edital nº 01/2.018.

POSSE- (GO), \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.018.

---

**DECLARANTE**



**ANEXO VI**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS**

Eu, \_\_\_\_\_, (qualificação) \_\_\_\_\_, de conformidade com a legislação vigente e para fins de contratação para prestação de serviços junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de POSSE (GO), DECLARO, responsabilizando-me penal e administrativamente por qualquer falsidade, incorreção ou omissão na esfera Federal, Estadual ou Municipal, que \_\_\_\_\_ (não ocupa qualquer outro cargo, função ou emprego público / ou / ocupa cargo, função ou emprego público – neste caso descrever qual cargo e local de lotação - / ou / se é aposentado em cargo ou emprego público / ou / se está em gozo de licença ou disponibilidade de cargo ou emprego público.

POSSE (GO), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.018.

\_\_\_\_\_  
**DECLARANTE**

