**ANEXO I**

 Serviços de atendimento médico em regime de plantão a ser realizado na Unidade Básica de Saúde de Romelândia, a realizar-se aos finais de semana em período integral e de segunda à sexta feira das 17 horas às 7 horas do dia seguinte.

VALOR R$ 60,00 POR HORA DE SERVIÇO PRESTADO

**ANEXO II**

**MODELO**

**DECLARAÇÃO QUE CONCORDA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Ao

Município de Romelândia

Comissão de Licitação

Eu ........, ...... , Proprietário ou Sócio Administrador da empresa (........), inscrita no CPF ou CNPJ sob o nº ........., declaro que concordo em prestar os serviços médicos em regime de plantão médico junto à Unidade Básica de Saúde de Romelândia com um valor de R$ ..............................., e que atenderemos a demanda exigida pela Administração Municipal de Romelândia, de acordo com as solicitações do município.

.........................................de........................................de 2016.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nome:

CPF:

**ANEXO III**

**MINUTA DE CONTRATO DE CREDENCIAMENT0 N° 02/2016**

 **O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ROMELÂNDIA**, Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua doze de outubro 242, centro, inscrito no CNPJ/MF sob o n° 11.456.420/0001-01 neste ato representado pela GESTORA, Sr. (a) **JANE MAIRA JORIS**, brasileira, residente e domiciliado no município de ROMELÂNDIA no CPF n° 069.189.209-10, RG nº 501.006-2 SSP/SC, doravante denominado CREDENCIANTE, e a pessoa ou empresa ................................................, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida na ....................., .................., ........................... - na cidade de ....................... - ....., inscrita no CPF ou CNPJ sob n° ........................................, neste ato representado por seu Sócio Administrador, Sr. .................................., brasileiro, do comércio, inscrito no CPF n° ................................., portador da Cédula de Identidade nº ..............................., doravante denominado CREDENCIADA, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, **Processo licitatório nº 1626/2016 Inexigibilidade nº 10/2016**, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Contrato tem por objetivo credenciar de pessoas físicas e Jurídicas para serviços de atendimento médico em regime de plantão médico a ser realizado na Unidade Básica de Saúde de Romelândia, a realizar-se aos finais de semana em período integral e de segunda à sexta feira das 17 horas às 7 horas do dia seguinte.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR**

O valor a ser pago pelo Município por consulta será de R$ ................(........................... reais).

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRAZO**

 A CREDENCIADA devera prestar os Serviços junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) de Romelândia nos horários fixados no edital e conforme necessidade do município, mediante apresentação de autorização emitido pelo Fundo Municipal da Saúde.

O prazo de vigência do Termo de Credenciamento inicia a contar de sua assinatura até o dia 31 de dezembro de 2016, podendo ser renovado ou prorrogado por iguais períodos ate o prazo Maximo de 60 meses, nos termos no artigo 57, Inciso II, da Lei 8.666/93, havendo interesse das partes.

**CLÁUSULA QUARTA - DA FORMA E DO PRAZO DO PAGAMENTO**

 Os Serviços contratados por este Termo de Credenciamento serão pagos, de acordo com as horas de serviço de plantão médico prestadas, acompanhada de Nota Fiscal de Prestação de Serviço, bem como da planilha fornecida pela Secretaria de Saúde informando dos horários.

 Os valores serão pagos a CREDENCIADA, junto à tesouraria do Município ou em conta corrente em nome da Credenciada.

**CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO**

 I - O credenciamento caracteriza uma relação contratual de aquisição de Serviço;

 II - O CREDENCIADO deverá manter, durante a vigência deste Termo às condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III - Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do serviço serão de exclusiva responsabilidade da Credenciada.

 IV - É vedado:

 a) Não poderá fazer parte do quadro social ou de empregados da CREDENCIADA, sob pena de rescisão deste Termo, servidor público, contratado sob qualquer título; ocupante de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no Município CREDENCIANTE;

 b) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo.

**CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO**

 O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

 Para contratação do objeto desta licitação os recursos previstos correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

103010012.2.022000 – Manutenção de Atividades de Saúde Publica.

3.3.90.36.30 – Serviços Médicos e Odontológicos.

3.3.90.39.50 –Serviços Médicos.

**CLÁUSULA OITAVA - DA VINCULAÇÃO**

 Este Termo de Credenciamento está vinculado ao Edital de Credenciamento n° 02/2016, para todos os efeitos legais e jurídicos, aqueles consignados na Lei Federal n. 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada.

**CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO**

 A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes hipóteses:

 a) pela ocorrência de seu termo final;

 b) por solicitação do CREDENCIADO;

 c) por acordo entre as partes;

 d) unilateralmente, pelo CREDENCIANTE, conforme os princípios da conveniência, oportunidade e discricionariedade da Administração Pública, ou em caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou no Termo de Credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO**

 Fica eleito o foro da Comarca de Anchieta- SC, para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

 E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em cinco vias de igual teor e forma.

 Romelândia (SC), ......... de ............ de 2016.

**JANE MAIRA JORIS**

Gestora do F M S

 Credenciante Credenciada

**TESTEMUNHAS:**

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

CPF:

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

CPF: