



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**EDITAL DE LICITAÇÃO**

Modalidade: **CREDECIMENTO Nº 009/2020**

Forma/Regime de Execução: **INDIRETA POR PREÇOS UNITÁRIOS.**

Processo Administrativo nº: **PA110/2020**

**OBJETO:** Constitui objeto do presente, o credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para a prestação de serviços na área de saúde do Município de João Dourado, tanto na área urbana, quanto rural, visando a confecção e instalações de próteses dentária para reabilitação oral.

Site publicado: [www.joaodourado.ba.gov.br/](http://www.joaodourado.ba.gov.br/)

Elton Gomes Carneiro  
Presidente CPL



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 009/2020**  
Processo Administrativo Nº PA 110/2020

O **MUNICÍPIO DE JOÃO DOURADO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no **CNPJ n.º 13.891.510/0001-48**, com sede na **Rua Dr. Mario Dourado, nº 16 - Centro de João Dourado/BA**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrito no CNPJ sob o n.º 12.072.479/0001-50, torna público para o conhecimento dos interessados, que está instaurando processo de chamamento para fins de Credenciamento em conformidade com o disposto na **Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993**, e suas alterações, e segundo as condições estabelecidas no presente edital e nos seus anexos, cujos termos, igualmente, o integram.

**1 – DO OBJETO:**

**1.1.** Constitui objeto do presente, o credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para a prestação de serviços na área de saúde do Município de João Dourado, tanto na área urbana, quanto rural, visando a confecção e instalações de próteses dentária para reabilitação oral.

**2 – DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:**

**2.1.** Somente serão admitidos os credenciamentos das pessoas físicas e/ou jurídicas que possuam os requisitos previstos neste edital;

**2.2.** A participação neste CHAMAMENTO importa ao proponente na irrestrita aceitação das condições estabelecidas no presente Edital, e na tabela de valores de serviços da área de saúde, aprovada pelo **Conselho Municipal de Saúde do Município de João Dourado/BA**.

**2.3 - Estão impedidas** de participar do processo:

**2.3.1.** Empresas e as pessoas físicas suspensas do direito de licitar e contratar com a Administração Pública ou declarada inidôneas por qualquer órgão da administração pública direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal;

**2.3.2.** Empresas em consórcio, empresas que tiverem com falência decretada ou em concordata;

**2.3.3.** Empresas que tenham em sua composição societária, sócios majoritários de outra pessoa jurídica que participe deste processo;

**2.3.4. É vedado o credenciamento de todos aqueles que estão inclusos nos impedimentos previstos no art. 9º da Lei Federal 8.666/93;**

**2.3.5.** Serão consideradas inabilitadas do presente processo, as empresas que deixarem de atender a qualquer exigência estabelecida no presente edital.

**3 – DO CREDENCIAMENTO:**

**3.1. No período de 13/08/2020 à 30/12/2020, no horário das 8hs00min às**



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50

Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**12hs00min, mediante protocolo, a Comissão de Credenciamento** receberá os envelopes contendo a documentação apresentada pelos interessados;

**3.2.** Após a abertura do envelope, a Comissão analisará e avaliará a documentação, no prazo máximo de **30 (trinta) dias corridos**, contados a partir da entrega. Será acrescido ao prazo de análise, o número de **2 (dois) dias úteis** oferecido ao interessado para esclarecimentos, retificações, complementações da documentação;

**3.3.** A inscrição no credenciamento **não garante a contratação** do interessado, podendo, no entanto vir a prestar os serviços objeto deste edital de acordo com a necessidade da Administração Municipal;

**3.4.** As pessoas físicas e/ou jurídicas que tiverem suas inscrições deferidas farão parte do cadastro do Município e poderão ser contratados pela Administração Municipal;

**3.5.** Concluída a pré-qualificação/inscrição no credenciamento e ao surgir à necessidade de contratação, os credenciados **serão convidados a participar da sessão pública do sorteio das demandas, salvo se ocorrer à convocação geral de todos os credenciados para a realização do serviço;**

**3.6.** Na hipótese do número de credenciados ser maior que a necessidade do município para determinada execução do serviço, a convocação dos credenciados será feita através de sorteio, obedecendo o princípio da impessoalidade e da igualdade;

**3.7.** Expedido o **Termo de Homologação do Sorteio**, dar-se-á início a contratação, **respeitando o quanto estabelecido na Lei Federal nº 8.666/93, 21 de junho de 1993 e suas alterações;**

**3.8.** Estando credenciado para um determinado serviço, o interessado poderá se pré-qualificar para outro serviço. Para tanto, deverá se valer do mesmo processo de pré-qualificação de seu primeiro credenciamento, salvo, se para o outro serviço for exigida qualificação técnica diferente. Caso em que deverá apresentar documentação que comprove possuir capacidade técnica para o novo serviço;

**3.9.** O credenciado, poderá solicitar seu descredenciamento a qualquer tempo, mediante o envio de solicitação escrita a entidade contratante, cujo deferimento deverá ocorrer no prazo máximo de **5 (cinco) dias**. O pedido de descredenciamento não desincumbe o credenciado do cumprimento de eventuais contratos assumidos e das responsabilidades a eles atreladas, cabendo em casos de irregularidades na execução de serviço a aplicação das sanções definidas neste edital;

## 4 – DA PROPOSTA

**4.1.** No caso de **Pessoa Física** a proposta de adesão devidamente assinada em todas as folhas, preferencialmente numeradas e deverá constar sua completa identificação, e-mail, endereço, telefone. A pessoa física deverá apresentar, ainda, declaração assinada, declarando expressamente que está de acordo com todos os termos e disposições do edital;

**4.2.** No caso de **Pessoa Jurídica** a proposta de adesão deverá conter a relação das



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50

Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

consultas, exames e procedimentos que a empresa está habilitada a realizar, esta relação deverá ser apresentada datilografada ou impressa preferencialmente em 02 (duas) vias, sem emendas, rasuras ou entrelinhas e datada, contendo, se possível, razão social, endereço completo, telefone, fax e e-mail. A Relação deverá estar assinada pelo representante legal na última folha e rubricada em todas as folhas, preferencialmente numeradas;

4.3 A **Pessoa jurídica** deverá apresentar declaração, redigida e assinada por representante legal, declarando expressamente que está de acordo com todos os termos e disposições do Edital;

4.4. A proposta de adesão deverá ser apresentada em língua nacional, isenta de rasuras, emendas ou entrelinhas;

4.5. Os interessados deverão apresentar a proposta de adesão dentro de 01 (um) envelope fechado de forma a não permitir a sua violação, no protocolo da Prefeitura Municipal de João Dourado-Ba, devendo constar em sua parte externa o seguinte:

### DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO

#### PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO DOURADO

PRAÇA JOÃO DOURADO, 06, CENTRO, JOÃO DOURADO/BA CEP – 44.

920-000

A/C: COMISSÃO DE CREDECIAMENTO

4.5.1. Na parte externa do envelope deverá constar ainda a identificação completa do interessado (a), por meio de envelope, conforme abaixo:

**NOME DA PESSOA FÍSICA OU RAZÃO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA:**

**ENDEREÇO:**

**CPF (PESSOA FÍSICA) OU CNPJ (PESSOA JURÍDICA):**

**TELEFONE:**

**E-MAIL:**

### 5 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA:

#### 5.1 - HABILITAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA:

5.1.1. Registro Comercial, arquivado na Junta Comercial respectiva, no caso de Empresa Individual;

5.1.2. Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de Sociedade Comercial; e, no caso de Sociedade por Ações, acompanhado dos documentos referentes às eleições de seus administradores;

5.1.3. Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades Civas, acompanhada de prova da Diretoria em Exercício, devidamente registrado em cartório;

5.1.4. Decreto de autorização, em se tratando de Empresa ou Sociedade Estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50

Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

### 5.2 - REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

#### 5.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes (**CGC/MF ou CNPJ**);

5.2.2 - Prova de Regularidade com a **Fazenda Federal**, mediante a apresentação da Certidão de Tributos e Contribuições Federais e Dívida Ativa da União, em vigor e Prova de Regularidade relativa à Seguridade Social, INSS, em vigor, demonstrando a situação regular relativa aos encargos sociais instituídos por lei consoante determina a Portaria nº 358 de 05 de setembro de 2014 com as alterações da portaria 443 de 17 de outubro de 2014;

5.2.3 - Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (**FGTS**).

5.2.4 - Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da **CNDT** - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, fornecida pelo TST - Tribunal Superior do Trabalho, com prazo de validade em vigor.

5.2.5 - Prova de Regularidade com a **Fazenda Estadual**, em vigor;

5.2.6 - Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal**, relativa à sede ou domicílio do proponente, dentro de seu período de validade (pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual);

5.2.7 - Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

### 5.3 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

5.3.1. Comprovante de inscrição no Conselho Federal de Medicina ou Comprovante de Especialização ou Residência (no caso de credenciamento para prestação de serviços que requeiram especialidades médicas);

5.3.2. Certificado de conclusão de curso: (Diploma ou Declaração) emitido pela da Unidade de Ensino para fins de comprovação do mesmo;

5.3.3. Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);

5.3.4. Os itens 5.3.1, 5.3.2 e 5.3.3 podem ser apresentados de forma isolada ou em conjunto, sendo necessária a apresentação de apenas um.

5.3.5. Prova de regularidade relativa ao Alvará da Vigilância Sanitária, conforme determina a legislação vigente;

5.3.5.1. Fica dispensado para empresas que prestarem os atendimentos nas unidades de Saúde pertencentes ao Município a apresentação do Alvará Vigilância Sanitária;

5.3.6. Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50

Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

5.4. A licitante deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Saúde – CNES, conforme Portaria 118, de 18 de fevereiro de 2014;

5.4.1. A atualização do CNES deverá ser remetida ao setor de processamento da Secretaria Municipal de Saúde deste Município;

### 6 - DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DA PESSOA FÍSICA:

#### 6.1. HABILITAÇÃO DA PESSOA FÍSICA:

6.1.1. Cópia da identidade autenticada;

6.1.2. Cópia do CPF autenticada.

#### 6.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

6.2.1 - Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal**, relativa à sede ou domicílio do proponente, dentro de seu período de validade (pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual);

6.2.2 - Prova de Regularidade com a **Fazenda Estadual**, em vigor;

6.2.3 - Prova de Regularidade com a **Fazenda Federal**, mediante a apresentação da Certidão de Tributos e Contribuições Federais e Dívida Ativa da União, em vigor e Prova de Regularidade relativa à Seguridade Social, INSS, em vigor, demonstrando a situação regular relativa aos encargos sociais instituídos por lei consoante determina a Portaria nº 358 de 05 de setembro de 2014 com as alterações da portaria 443 de 17 de outubro de 2014;

6.2.4 - Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da **CNDT**- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, fornecida pelo TST - Tribunal Superior do Trabalho, com prazo de validade em vigor, nos termos do art. 642-A da CLT c/c o art. 29, Inciso V da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

#### 6.3 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

6.3.1. Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação;

6.3.2. Certificado de conclusão de curso: (Diploma ou Declaração) emitido pela da Unidade de Ensino para fins de comprovação do mesmo;

6.3.3. Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);

6. 4. Os itens 6.3.2 e 6.3.3 podem ser apresentados de forma isolada ou em conjunto, sendo necessária a apresentação de apenas um.

6.5. Cadastro Nacional de Saúde – CNES mantido atualizado pelo prestador, conforme Portaria 118, de 18 de fevereiro de 2014;



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50

Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

6.5.1. A atualização do CNES deverá ser remetida ao setor de processamento da Secretaria Municipal de Saúde deste Município;

6.6. Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);

### **7 - OBSERVAÇÕES SOBRE OS DOCUMENTOS QUE DEVERÃO SER APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA E PELA PESSOA JURÍDICA:**

7.1. Os documentos exigidos para habilitação poderão ser apresentados em cópias reprográficas autenticadas por Tabelião de Notas ou por publicações em órgão da imprensa oficial. As cópias reprográficas dos documentos também podem ser autenticadas pela Comissão de Credenciamento, a partir da apresentação do documento original;

7.2. A documentação estrangeira deverá ser apresentada em original ou qualquer processo de cópia autenticada pelo respectivo Consulado, traduzida por tradutor público juramentado;

7.3. Os documentos emitidos via internet, por órgãos ou entidades públicas, e suas cópias reprográficas dispensam a necessidade de autenticações. Neste caso, a Administração não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos, no momento da verificação;

7.4. A documentação apresentada relativa à habilitação será objeto de análise pela comissão de credenciamento. Considerar-se-á habilitado apenas o interessado que apresentar os documentos exigidos no prazo de validade neles previstos e, quando não mencionado, os documentos serão considerados válidos por até 03 (três) meses, contados da data de sua emissão.

### **7.5. A PESSOA FÍSICA E/OU JURÍDICA DEVERÁ APRESENTAR AS SEGUINTE DECLARAÇÕES:**

7.5.1. Declaração que não emprega menor nos termos do inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, conforme Anexo II; (Pessoa Jurídica)

7.5.2. Carta de Credenciamento, conforme modelo no anexo III deste edital, (se for o caso); (Pessoa Jurídica)

7.5.3. Proposta para Credenciamento, conforme modelo no anexo IV deste edital; (Pessoa Física e Jurídica)

### **8 - DOS RECURSOS**

8.1. Será de **05 (cinco) dias úteis** o prazo para **interposição dos recursos**, observando-se o disposto no art. 109 da Lei Federal nº 8.666/93.

### **9 – FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTE:**

9.1. O pagamento será efetuado até **10 dias** após a emissão da Nota Fiscal, devidamente atestada pela **Secretaria solicitante** e protocolada na Prefeitura, comprovado através das solicitações de despesas dos serviços realizados, bem como



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50

Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

a **relação de beneficiários**, acompanhado dos seguintes documentos:

- Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal**, relativa à sede ou domicílio do proponente, dentro de seu período de validade (pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual);
- Prova de Regularidade com a **Fazenda Estadual**, em vigor;
- Prova de Regularidade com a **Fazenda Federal**, mediante a apresentação da Certidão de Tributos e Contribuições Federais e Dívida Ativa da União, em vigor e Prova de Regularidade relativa à Seguridade Social, INSS, em vigor, demonstrando a situação regular relativa aos encargos sociais instituídos por lei consoante determina a Portaria nº 358 de 05 de setembro de 2014 com as alterações da portaria 443 de 17 de outubro de 2014;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da **CNDT- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas**, fornecida pelo TST - Tribunal Superior do Trabalho, com prazo de validade em vigor, nos termos do art. 642-A da CLT c/c o art. 29, Inciso V da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.
- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (**FGTS**).

**9.2.** Os preços dos serviços poderão ser reajustados ou corrigidos monetariamente de acordo com as disposições previstas em Lei, tendo em vista a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

### 10 – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

**10.1.** Os recursos financeiros para pagamento das despesas decorrentes da contratação objeto deste edital correrão por conta da dotação própria no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde/Fumsaude exercício vigente.

### 11 – DA VIGÊNCIA

**11.1.** A vigência do presente credenciamento será de **13/08/2020 à 31/12/2020**, podendo ser prorrogada, **na forma do art. 57 da Lei 8.666/93**;

**11.2.** Durante a vigência do credenciamento é obrigatório que os credenciados mantenham regulares todas as condições de habilitação e que informem toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica e regularidade fiscal.

### 12 – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO CONTRATADO

**12.1.** Executar os serviços nos exatos termos do instrumento contratual ou da ordem de serviço, respeitando ainda as regras técnicas impostas aos profissionais da área de saúde humana, bem como o regimento interno das unidades da Rede Pública de Saúde;



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**12.2.** Caso o credenciado seja **pessoa jurídica**, a mesma será responsável, **em relação aos seus empregados e ao serviço**, por todas as despesas decorrentes da execução dos instrumentos contratuais, tais como: salários, encargos sociais, transporte, alimentação, hospedagem e outros que venham a incidir sobre o objeto do contrato decorrente do credenciamento;

**12.3.** Caso o credenciado seja **pessoa física**, a mesma será responsável, em relação a todas as despesas decorrentes da execução dos instrumentos contratuais decorrentes do credenciamento;

**12.4.** Responder por quaisquer prejuízos que causar ao patrimônio do Município de João Dourado ou a terceiros, decorrentes de **ação ou omissão culposa ou dolosa**, procedendo imediatamente aos reparos ou indenizações cabíveis e assumindo o ônus decorrente;

**12.5.** Manter durante toda a vigência do credenciamento e do contrato de prestação de serviço, todas as condições que ensejaram o credenciamento, em especial no tange à regularidade fiscal e capacidade técnica;

**12.6.** Responsabilizar-se integralmente pela execução do contrato, nos termos da legislação vigente, **sendo expressamente proibida a subcontratação**.

### **13 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:**

**13.1.** Pela **inexecução total ou parcial** do contrato a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao contratado as seguintes sanções:

#### **13.1.1. Advertência;**

**13.1.2. Multa de 2% (dois 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;

**13.1.3. Suspensão temporária** de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a **2 (dois) anos**;

**13.1.4.** Poderão ser declarados **inidôneos** 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 o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após, decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item **13.1.3**;

**13.1.5.** As sanções previstas nos item **13.1.1, 13.1.2 e 13.1.3** deste edital poderão ser aplicadas juntamente com a do **13.1.2**, facultada a **defesa prévia do interessado**, no respectivo processo, no prazo de **5 (cinco) dias úteis**.

**13.2.** A sanção estabelecida no item **13.1.4** deste edital é de **competência exclusiva do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde**, conforme o caso, facultada a defesa do



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

interessado no respectivo processo, no prazo de **10 (dez) dias** da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após **2 (dois) anos** de sua aplicação.

**14 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

**14.1.** O presente estará disponível para todos os interessados na sede da Prefeitura do Município de João Dourado no endereço indicado no preâmbulo e no site [www.joaodourado.ba.gov.br](http://www.joaodourado.ba.gov.br).

**14.2.** Os casos omissos no presente edital serão resolvidos pela Comissão de Credenciamento com base na **Lei Federal n.º 8.666/93 de 21 de junho de 1993** e demais alterações e no **Decreto Municipal n.º 288/2017**. **Integram o presente Edital:**

Anexo I – Tabela de referência e descrição dos serviços;  
Anexo II – Modelo de Declaração;  
Anexo III – Modelo de Credenciamento;  
Anexo IV – Modelo de Proposta para Credenciamento;  
Anexo V – Modelo de Declaração de Idoneidade;  
Anexo VI – Minuta do Contrato;

João Dourado-BA, 12 de agosto de 2020.

**Celso Loula Dourado**  
**Prefeito Municipal**

**Elton Gomes Carneiro**  
**Presidente da Comissão**



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**ANEXO I – TABELA DE REFERÊNCIA E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

ITEM	MÉTRICA	DESCRIÇÃO DETALHADA	QUANT	VALOR UNITÁRIO
1	UNIDADE	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR	120	R\$ 150,00
2	UNIDADE	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR	120	R\$ 150,00
3	UNIDADE	PRÓTESE TOTAL INFERIOR	180	R\$ 150,00
4	UNIDADE	PRÓTESE TOTAL SUPERIOR	180	R\$ 150,00

Valor total estimado: R\$ 90.000,00 (noventa mil reais).

Marizia Dourado de Souza  
Secretária Municipal de Saúde



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**ANEXO II**

**MODELO DE DECLARAÇÃO**

**AO MUNICÍPIO DE JOÃO DOURADO/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

\_\_\_\_\_ (identificação),  
de acordo com **Credenciamento nº 009/2020, DECLARA** que:

- a) Aceita todas as condições estabelecidas neste Edital;
- b) Tem pleno conhecimento da Tabela de valores Conselho Municipal de Saúde de João Dourado;
- c) Fornecerá a documentação complementar que lhe for solicitada;
- d) Assume inteira responsabilidade pela prestação dos serviços;
- e) Responderá pela veracidade das informações constantes da documentação e proposta que apresentar;
- f) Que cumpre plenamente os requisitos de habilitação exigidos no Edital. **DECLARA** ainda, que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- g) Que está em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII, do Artigo 7º da Constituição Federal, e, para fins do disposto no inciso V do artigo 27 da Lei n.º 8.666/93, uma vez que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz;
- h) Que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

(assinatura do representante legal solicitante)



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**ANEXO III**

**MODELO DE CREDENCIAMENTO**

Através do presente, solicito(amos) o credenciamento de ..... inscrita no CNPJ e/ou CPF sob nº ....., com sede na Rua/Avenida..... Bairro ..... na cidade de ....., para participar do CREDENCIAMENTO de pessoa física e/ou jurídica, conforme **Credenciamento nº 009/2020**, nesse ato representada pelo seu REPRESENTANTE LEGAL, Sr.(a). ..... inscrito(a) no CPF sob nº. ....e RG sob nº ..... outorgando-lhe plenos poderes para pronunciar-se e praticar todos os atos inerentes ao Credenciamento Público em nome da empresa credenciada.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do representante legal solicitante)

Obs.:

1. Caso o contrato social ou o estatuto determinem que mais de uma pessoa deva responder pela administração da empresa, a falta de qualquer uma delas invalida o documento para os fins deste procedimento de credenciamento público.



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**ANEXO IV**

**MODELO DE PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO**

**Credenciamento:** 009/2020

**Processo Administrativo:** PA110/2020

**Objeto:** Credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para a prestação de serviços na área de saúde do Município de João Dourado, tanto na área urbana, quanto rural, visando a confecção e instalações de próteses dentária para reabilitação oral.

Nome/Empresa:

CNPJ/CPF:

Endereço:

Telefone:

Venho requer a inscrição no **CREDENCIAMENTO** conforme a tabela abaixo:

ITEM	MÉTRICA	DESCRIÇÃO DETALHADA	VALOR UNITÁRIO
1			
2			
3			
4			
5			
<b>PREVISÃO TOTAL ESTIMADA</b>			<b>R\$</b>

**DADOS COMPLEMENTARES:**

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do representante legal solicitante)



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoadourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoadourado@yahoo.com.br)

**ANEXO V**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE**

AO MUNICÍPIO DE JOÃO DOURADO

Em cumprimento às determinações das Leis Federais nº. 8.666/93 e alterações posteriores, declaram, para fins de participação na licitação retro mencionada que:

- a.1) Nossa empresa não está impedida de contratar com a Administração Pública, direta ou indireta; ou,
- a.2) Eu não estou impedido de ser contratado pela Administração Pública, direta ou indireta;
- b.) Não foi declarada inidônea pelo Poder Público de nenhuma esfera;
- c.) Não existe fato impeditivo à nossa habilitação;
- d.) Não possuímos entre nossos proprietários, nenhum titular de mandato eletivo ou em comissão ou efetivo;
- e.) Que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Por ser a expressão da verdade, eu \_\_\_\_\_, representante legal desta empresa, firmo a presente.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do representante legal solicitante)



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

**ANEXO VI**  
**MINUTA DE INSTRUMENTO CONTRATUAL Nº ..xxx./2020**  
Processo Administrativo Nº PA 110/2020  
Credenciamento Nº 009/2020

Pelo presente contrato, a **PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO DOURADO / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS, Estado da Bahia**, inscrito no CNPJ sob o nº 12.072.479/0001-50, com sede na Rua Dr. Mario Dourado, nº 63, CEP 44.920-970, JOÃO DOURADO– Bahia, aqui representada pelo Prefeito Municipal o Srº. **CELSO LOULA DOURADO**, brasileiro, divorciado, CPF. 100.742.365 – 74 RG. 00903136 74, residente e domiciliado na cidade de João Dourado – Bahia, e a Secretária Interina do Fundo Municipal de Saúde, a Srª. **Marizia Dourado de Souza**, brasileira, Solteira, CPF: 142.484.765-68 e RG: 0150516762, de agora em diante denominado **CONTRATANTE**, de outro lado ....., pessoa jurídica, com sede na rua ....., cidade de....., inscrito no **C.N.P.J nº** ....., neste ato representada pelo Sr....., **RG** ..... e **CPF** ....., a seguir denominada de **CONTRATADA**, pactuam o presente Contrato, cuja celebração foi autorizada pelo **Credenciamento nº 009/2020** a qual rege-se pela **Lei Federal nº 8666/93**, e documentos que fazem parte integrante do presente processo, têm entre si como justo e acordado as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

1. O objeto do presente, o credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para a prestação de serviços na área de saúde do Município de João Dourado, tanto na área urbana, quanto rural, visando a confecção e instalações de próteses dentária para reabilitação oral, de acordo com a tabela anexa ao presente, em estrita observância ao contido e especificado na documentação levada a efeito pelo Credenciamento nº 009/2020.

ITEM	MÉTRICA	DESCRIÇÃO DETALHADA	VALOR UNITÁRIO
1			
2			
3			
4			
5			
<b>PREVISÃO TOTAL ESTIMADA</b>			<b>R\$</b>

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA:**

2.1. O prazo de vigência deste contrato será contado a partir da data de sua assinatura até 31 de dezembro de 2020, podendo ser prorrogado na forma da lei.

2.2. Os prazos de início da prestação dos serviços do objeto contratual, admitem prorrogação a critério da CONTRATANTE, mantidos todos os direitos, obrigações e responsabilidades, na conformidade do disposto Lei 8.666/93, e serão instrumentalizados por termo aditivo.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

3.1. Pela perfeita execução dos serviços objeto deste contrato e obedecidas às demais



## **ESTADO DA BAHIA**

### **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50

Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

condições estipuladas neste instrumento, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor estimado de até **R\$ \_\_\_\_\_ ( )**, provenientes dos serviços constantes deste instrumento.



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

*Parágrafo Primeiro:* Do valor global deste contrato deverá ser destinando um percentual mínimo de 50% (cinquenta por cento) para pagamento com custos diretos e de 50% (cinquenta por cento) para o pagamento de custos indiretos e demais encargos.

*Parágrafo Segundo:* O pagamento do presente contrato será efetuado em até 10 dias subsequente aos serviços, mediante apresentação da nota fiscal dos serviços efetivamente prestados e atestados pela Secretaria responsável, juntamente com o relatório, contendo especificações detalhadas, mediante transferência bancária ou cheque.

*Parágrafo Terceiro:* É vedada a antecipação de pagamento. O pagamento será feito de forma parcelada, durante a vigência do contrato.

*Parágrafo Quarto:* Os preços dos serviços poderão ser reajustados ou corrigidos monetariamente de acordo com as disposições previstas em Lei, tendo em vista a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

*Parágrafo Quinto:* O pagamento fica condicionado à comprovação de que a CONTRATADA encontra-se adimplente com a regularidade fiscal, devendo ser comprovada mediante:

- Prova de Regularidade com os **Tributos Federais e Fazenda Nacional** expedida pela Secretaria da Receita Federal, neles abrangidas as contribuições sociais, administradas pela dita Secretaria (Conjunta), **com prazo de validade em vigor**; (Pessoa Física e Jurídica);
- Prova de Regularidade com a **Fazenda Estadual**, em vigor. (Pessoa Física e Jurídica);
- Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal**, relativa ao domicílio do contratado, dentro de seu período de validade. (Pessoa Física e Jurídica);
- Prova de regularidade com o **FGTS** (CRF – Certificado de Regularidade de Situação, expedido pela Caixa Econômica Federal), exigida apenas quando o contratado for pessoa jurídica, dentro de seu período de validade; (Pessoa Jurídica);
- Prova de regularidade com a **Justiça do Trabalho (CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhista)**, dentro de seu período de validade. (Pessoa Física e Jurídica)

### CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS:

4.1. Os recursos financeiros para pagamento das despesas decorrentes da contratação objeto deste contrato correrão por conta dos recursos apontados abaixo:

UNIDADE	PROJETO/ATIVIDADE	ELEMENTO DE DESPESA	FONTE
Xxxx	Xxxxxxx	Xxxxxx	Xxxx

### CLÁUSULA QUINTA – DAS CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

5.1. Durante a vigência deste contrato, a contratada se obriga a manter todas as condições de habilitação exigidas para a celebração do mesmo;

5.2. A responsabilidade exclusiva e integral é da contratada, pela execução do objeto deste contrato, incluídos nesta os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial que mantiver com terceiros estranhos a este instrumento;

5.3. Quando emitir a ordem de serviço, a Secretaria de Saúde informará ao Contratado, as datas, os horários e os locais onde os serviços serão executados. Bem como outras condições necessárias a execução dos mesmos. As ordens de serviços deverão ser emitidas com no mínimo 02 (dois) dias de antecedência da data programada para execução dos serviços.

5.4. **É vedado:**

- a) Transferir os direitos e obrigações constantes neste Termo.
- b) O atendimento somente será prestado aos beneficiários mediante apresentação de Solicitação de despesas expedida pela Secretaria de Saúde do Município de João Dourado-Ba, juntamente com o documento de identificação;
- c) O Município se reserva o direito de fiscalizar permanentemente a prestação dos serviços, podendo o presente contrato vir a ser rescindido se caracterizada a prestação de serviço considerada de má qualidade, mediante processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da produção da ampla defesa.

### CLÁUSULA SEXTA – DA FISCALIZAÇÃO:

6.1. O contratante, através de **servidor(a) designado(a) pela Secretaria Municipal**, realizará a **fiscalização permanente dos serviços objeto deste contrato**, podendo aplicar as sanções aqui previstas, desde que respeitada garantia do **contraditório e da produção da ampla defesa**.

### CLÁUSULA SÉTIMA – OUTRAS OBRIGAÇÕES:

7.1. O(A) CONTRATADO(A) ainda se obriga a:

- a) Manter sempre atualizado os seus dados junto ao Setor competente;
- b) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços, com observância de suas necessidades, priorizando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com idade maior ou igual a sessenta anos, as gestantes, lactantes e as crianças e adolescentes conforme disposto em Lei específica, assim como, cumprir os horários de plantão e o regime de escalas;
- c) Nos procedimentos que houver consultas, observar o retorno no **prazo máximo de 30 dias**, não podendo ser cobrada uma nova consulta;
- d) Manter cadastro dos pacientes, assim como prontuários e relatórios individualizados por tipo de atendimento que permitam o acompanhamento, supervisão e controle dos serviços;
- e) Dispor de **Token** para certificado digital a fim de ser utilizado em assinatura digital do Sistema Informatizado de Gestão em Saúde da SMS, consoante



# ESTADO DA BAHIA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

### disposições da Resolução CFM n. 1.821/2007;

- e.1) O equipamento Token é necessário para as pessoa física e/ou jurídica que irão prestar atendimentos nas Unidades de Saúde do Município;
- f) Retificar, sem ônus para o CONTRATANTE, quaisquer trabalhos que, por motivos inimputáveis aos beneficiários e seus dependentes, mereçam reparação;
- g) Manter, durante a vigência deste Instrumento, todas as condições de habilitação e qualificação prevista no edital;
- h) No caso de o contratado ser, **pessoa jurídica**, a mesma deverá notificar o contratante de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de **30 (trinta) dias**, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.
- i) Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas de seus empregados;
- j) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- k) Apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas no presente instrumento, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, entre outros;
- l) Permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados, por escrito;
- m) Utilizar apenas profissionais habilitados para a realização dos procedimentos;
- n) Responsabilizar-se, tecnicamente, na realização do serviço;
- o) Abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;

### CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL:

8.1. A CONTRATADA é responsável pela indenização de dano causado ao CONTRATANTE, ao paciente, a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas derivadas da prestação de serviço, ficando assegurado a CONTRATANTE o direito de regresso.

- a) A responsabilidade civil das partes, decorrente da prestação dos serviços, regular- se-á pelo disposto nos artigos 927 a 954 da Lei 10.406/02 – Código Civil Brasileiro.

### CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES:

9.1. Pela **inexecução total ou parcial** do contrato a Administração poderá, garantida a ampla defesa e o contraditório, aplicar ao contratado as seguintes sanções:

#### 9.1.1. Advertência;

9.1.2. **Multa de 2% (dois 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;



## **ESTADO DA BAHIA**

### **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50

Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000

Fone - 74 3668 1072 – [smsjoadourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoadourado@yahoo.com.br)

**9.1.3. Suspensão temporária** de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a **2 (dois) anos**:

**9.1.4.** Poderão ser declarados **inidôneos** 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 o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após, decorrido o prazo da sanção aplicada com base no **item 9.1.3**;

**9.1.5.** As sanções previstas nos **itens 9.1.1, 9.1.2 e 9.1.3** deste edital poderão ser aplicadas juntamente com a do **9.1.2**, facultada a **defesa prévia do interessado**, no respectivo processo, no prazo de **5 (cinco) dias úteis**.

**9.2.** A sanção estabelecida no **item 9.1.4** deste edital é de **competência exclusiva do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde**, conforme o caso, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de **10 (dez) dias** da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após **2 (dois) anos** de sua aplicação.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DA CESSÃO DO CONTRATO E SUBCONTRATAÇÃO:**

**10.1.** A CREDENCIADA não poderá ceder o presente contrato, tampouco subcontratá-lo, no todo ou em parte, a nenhuma pessoa física ou jurídica.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA INEXECUÇÃO DO CONTRATO:**

**11.1.** O CREDENCIADO reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa, previstos no art. 77 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO:**

**12.1.** O CONTRATANTE se reserva o direito de **rescindir unilateralmente** o presente contrato, pela inobservância das previsões legais contidas nos **artigos 55, inciso XIII, 58, inciso II, 77, 78, incisos I ao XII, XVII e XVIII, 79, inciso I, todos da Lei 8.666/93**.

**12.2.** Os casos de rescisão serão formalmente motivados nos autos do processo, **assegurado o contraditório e a ampla defesa**, conforme dispõe o **parágrafo único do artigo 78 da Lei 8.666/93**.

**12.3.** Ocorrendo a falta de manutenção das condições de habilitação prevista no inciso XIII do art. 55 da Lei 8.666/93, antes de ser efetivada a rescisão, o CONTRATADO será **notificado para, no prazo de 60 (sessenta) dias restabelecer as referidas condições**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO:**

**13.1.** Este Instrumento poderá ser alterado na ocorrência de quaisquer dos fatos estipulados no artigo 65, da Lei 8.666/93, por meio de termos aditivos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DOS CASOS OMISSOS:**



**ESTADO DA BAHIA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE JOÃO DOURADO**

CNPJ – 12.072.479/0001-50  
Praça João Dourado, nº 06 – Centro – CEP - 44920-000  
Fone - 74 3668 1072 – [smsjoaodourado@yahoo.com.br](mailto:smsjoaodourado@yahoo.com.br)

14.1. A execução deste instrumento, bem como os casos nele **omissos**, serão regulados pelo disposto na Lei 8.666/93, aplicando-lhes, supletivamente, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e das disposições do Direito Privado, na forma do Art. 54, da Lei 8.666/93, combinado com o inciso XII, do art. 55, do mesmo diploma legal;

14.2. Este contrato está vinculado ao Credenciamento n.º 009/2020 e seus anexos, oriundo do Processo Administrativo Nº PA0110/2020.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO:**

15.1. Fica eleita a Comarca de João Dourado/BA como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Contrato, recusando qualquer outra por mais privilegiada que seja.

15.2. E por estarem justas e contratadas, assinam o presente, em 02 (vias) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito na presença de duas testemunhas.

JOÃO DOURADO,..... de .....de 20xx.

---

MUNICÍPIO DE JOÃO  
DOURADO  
CONTRATANTE

---

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONTRATANTE

---

XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
CONTRATADA

Testemunhas:

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

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