



## **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2018 - RETIFICADO**

**O Município de Piracanjuba, através da Secretaria Municipal de Saúde, nos termos da Resolução Normativa nº 07/16, 01/17, do Tribunal de Contas dos Municípios, por meio da Gestora do Fundo Municipal de Saúde e Secretária de Saúde, torna público que estará credenciando, em caráter complementar, pessoas físicas e jurídicas, profissionais da área de saúde, para prestarem serviços junto às Unidades de Saúde deste Município no exercício de 2018.**

### **1 – DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:**

---

PERÍODO: 26/09/18, 26/11/18 e 21/12/2018.

HORÁRIO: DE EXPEDIENTE (DAS 07:30 ÀS 11:00 E DAS 13:00 ÀS 17:00 HORAS).

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRACANJUBA – GOIÁS.

### **2 – ATA DE SEÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS E CREDENCIAMENTOS DOS INTERESSADOS, NAS SEGUINTE DATAS:**

---

#### **Especialidades discriminadas no Item 3.1:**

Dias: 26/09/18, 26/11/18 e 21/12/2018.

LOCAL: Sede da Secretaria Municipal de Saúde de Piracanjuba/GO, Rua Cônego Olinto s/nº - Centro

HORÁRIO: Expediente da Secretaria de Saúde (das 07:30 horas às 11:00 horas e das 13:00 horas as 17:00 horas)

### **3 – DO OBJETO**

---

3.1 – O Município de Piracanjuba/GO, através da Secretaria de Saúde, torna público que realizará o Credenciamento de profissionais das seguintes áreas da saúde, para atendimento na Rede Municipal de Saúde, nas especialidades de:

|  |
|--|
| ✓ Assistente Social;   |
| ✓ Auxiliar de Consultório Dentário;  |
| ✓ Cirurgião Dentista;  |
| ✓ Clínica Cardiológica: consulta de cardiologista + com Ecocardiógrafo+ Aparelho de MAPA+ Aparelho de Holter próprios+ Laudos de Eletrocardiograma com produção pré-estabelecida em contrato |



Piracanjuba  
Estado de Goiás  
Prefeitura Municipal de Piracanjuba  
Secretaria Municipal da Saúde

---

|   |
|---|
| ✓ Fisioterapeuta;   |
| ✓ Fisioterapeuta especialista em Acupuntura;                      |
| ✓ Fonoaudiólogo;  |
| ✓ Laboratório de Prótese Dentária;                                |
| ✓ Laboratório de Análises Clínicas;                               |
| ✓ Médico Anestesiologista;  |
| ✓ Médico Auditor;   |
| ✓ Médico Cardiologista;   |
| ✓ Médico Cardiologista;   |
| ✓ Médico Cirurgião Geral Ambulatório - Consultas pré-operatórias; |
| ✓ Médico Cirurgião Geral - Dia Cirúrgico;                         |
| ✓ Médico Clínico Geral para plantão;                              |
| ✓ Médico Clínico Geral para EMAD;                                 |
| ✓ Médico Clínico Geral para Junta Médica;                         |
| ✓ Médico Estrategista Saúde da Família;                           |
| ✓ Médico Ortopedista;   |
| ✓ Médico Pediatra;  |
| ✓ Médico Psiquiatra para CAPS;                                    |
| ✓ Médico Psiquiatra;  |
| ✓ Médico Radiologista e Ultrassonografista;                       |
| ✓ Médico Ginecologista e obstetra;                                |
| ✓ Médico Ultrassonografista;                                      |
| ✓ Médico Urologista;  |
| ✓ Nutricionista;  |
| ✓ Técnico de Enfermagem;  |
| ✓ Técnico de Laboratório;   |
| ✓ Técnico em Radiologia;  |
| ✓ Técnico de Prótese Dentária;                                    |
| ✓ Terapeuta Ocupacional;  |

3.2 – O Fundo Municipal de Saúde credenciará para prestação de serviços junto às unidades de saúde pública deste Município, de acordo com a necessidade, conforme descrito na tabela Anexo II, podendo ocorrer o cadastro de reserva para os profissionais comparecerem para credenciamento além das vagas disponibilizadas neste Edital, e, se houver necessidade de novas contratações fará por chamamento dos mesmos, portanto nem todos credenciados serão contratados.



**3.3** - 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.

#### **4 - CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:**

---

**4.1** - Os credenciamentos serão formalizados mediante “Termo de Contrato de Credenciamento”, no qual constará:

- a) Qualificação das partes;
- b) Objeto do credenciamento;
- c) Vigência do contrato de credenciamento que será até xx de xxx de 201x, podendo ser prorrogado nos termos do Art. 57, II, da Lei 8.666/93, mediante Termo Aditivo de Contrato;
- d) O valor estimado a ser pago ao profissional/empresa, bem como o valor a ser pago por atendimento, com base na tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Município;
- e) O valor máximo mensal;
- f) A forma de pagamento, que será feita mediante apresentação de fatura e do atestado firmado pelo gestor de saúde, de que os serviços foram prestados;
- g) A Dotação Orçamentária que garantirá o cumprimento da despesa;
- h) As penalidades pelo não cumprimento do ajuste, inclusive o descredenciamento;
- i) A indicação do Foro competente;
- j) Local, data e assinatura das partes;
- k) Assinatura das testemunhas, com número de CPF.

#### **5 - HABILITAÇÃO DOS INTERESSADOS:**

---

**5.1** - Serão habilitados todos os interessados que estejam registrados nas entidades incumbidas da fiscalização do respectivo exercício profissional, bem como possuam competência reconhecida pela Administração Municipal e pela Comissão Especial de Credenciamento. Cópia deste instrumento convocatório será fixada em local apropriado, e estenderá a todos os profissionais das respectivas áreas de saúde que manifestem interesse até a véspera da abertura das propostas. A participação do proponente importa na irrestrita aceitação das condições estabelecidas neste Edital.

#### **6 - DAS GENERALIDADES:**

---



Piracanjuba  
Estado de Goiás  
Prefeitura Municipal de Piracanjuba  
Secretaria Municipal da Saúde

---

**6.1** - Os interessados deverão apresentar sua documentação nos dias 26/03/18, 25/05/18, 26/07/18, 26/09/18, 26/11/18 e 21/12/2018, junto à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, em envelope opaco lacrado, devidamente preenchido com os dados abaixo especificados. A não observância dos critérios desobriga a Comissão de acatar o pedido de cadastro no credenciamento. Não será admitida a entrega de documentação a partir das 17:00 horas dos dias 26/03/18, 25/05/18, 26/07/18, 26/09/18, 26/11/18 e 21/12/2018. O presente Credenciamento poderá ser anulado, revogado, ou ainda sofrer supressões de itens, tudo de conformidade com os dispositivos legais vigentes. Observar-se-á o preço aprovado pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS), tendo por base as Tabelas do SUS (Sistema Único de Saúde) e AMB (Associação Médica Brasileira), devidamente aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. O prazo de vigência do credenciamento, inicialmente, será estabelecido no contrato de Credenciamento, podendo ter vigência de até 12 meses, podendo ser prorrogado nos moldes previstos no Art. 57, Inc. II, da Lei 8.666/93. O credenciamento será realizado para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

**6.2 - O CREDENCIAMENTO NÃO IMPLICA NA OBRIGAÇÃO DE CONTRATAR POR PARTE DO MUNICÍPIO, SENDO CONTRATADOS OS PROFISSIONAIS MEDIANTE DEMANDA.**

## **7 - DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

---

**7.1** - Os serviços serão prestados diariamente no município de Piracanjuba, nas unidades de Saúde e seus postos, de acordo com a carga horária necessária e contratada para cada profissional, ou de acordo com disposto no contrato e necessidade do Município.

## **8 - DO RECEBIMENTO DO ENVELOPE**

---

**8.1** -A documentação será recebida na sede da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, a partir do dia xx de xxx de 2018, **durante todo o período de vigência do presente edital, por intermédio da Comissão Especial de Credenciamento, situada a Rua Cônego Olinto, s/n, Setor Central, CEP - 75.640-000, Piracanjuba/GO**, em envelope fechado e com a seguinte descrição:

AO

MUNICÍPIO DE PIRACANJUBA (GO)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 00x/201x

ENVELOPE Nº 01- DA DOCUMENTAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL OU DA EMPRESA:



#### CATEGORIA PROFISSIONAL OU ATIVIDADE

**8.2 - Para o caso de habilitação para mais de uma função será necessário protocolar um envelope para cada uma das funções pretendidas.**

**8.3 - Os documentos necessários ao credenciamento deverão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião de notas, eletronicamente (nos casos que couber) ou cópia acompanhada do original para autenticação pela Comissão, durante a realização do credenciamento.**

#### **9 - DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

---

##### **9.1 - PESSOA FÍSICA:**

###### **I - Regularidade fiscal:**

- a) Comprovante (diploma) do referido curso e Registro na Entidade Profissional de Classe, através da apresentação da Carteira de Identidade Profissional;
- b) Comprovante de inscrição no Cadastro da Pessoa Física (CPF);
- c) Cédula de Identidade;
- d) Título Eleitoral;
- e) Certidão Negativa junto a Receita Federal e Procuradoria Geral da União;
- f) Certidão Negativa junto a Receita Estadual;
- g) Certidão Negativa junto a Receita Municipal.
- h) Certificado de Especialidade;

**9.1.1 -** Toda a documentação de regularidade fiscal deverá ser entregue através de cópia autenticada em cartório ou através de cópias simples com conferência de originais pela Comissão designada pela Administração Municipal.

###### **II - Qualificação técnica e os documentos necessários para sua comprovação:**

**9.1.2 -** Para comprovação da experiência profissional, o candidato deverá apresentar uma ou mais das seguintes opções:

- a) cópia e original da Carteira de Trabalho e Previdência Social (páginas da foto, verso e as que comprovem a experiência profissional no cargo ao qual concorre), devidamente autenticada, ou para autenticação no ato da inscrição;
- b) declaração ou certidão de tempo de serviço que informe o período (com data de admissão e desligamento, se for o caso), especificando o cargo e a descrição das atividades desenvolvidas;



- c) atestado ou declaração, no caso de profissional autônomo, informando o período e a espécie do serviço realizado, assinada pelo próprio profissional, acompanhada da cópia dos comprovantes de pagamento da previdência social ou de pagamento de ISS ou de guia de pagamento autônomo (RPA), ou recibo de prestação de serviços com CPF do contratante;
- d) currículo profissional, com cópia de documentos que comprovem a carga horária de atuação, cursos e outros títulos, conforme Anexo 06.
- e) Registro da entidade Profissional de Classe junto ao CREMEGO. (SOMENTE PARA MÉDICOS)

### **III - Outras comprovações:**

- a) Comprovante de residência domiciliar;
- b) Termo de Credenciamento devidamente preenchido, conforme modelo do Anexo I;
- c) Declaração de que inexistem qualquer fato impeditivo à seu credenciamento com o Poder Público, que não foi declarada inidônea e não está impedida de contratar com o Poder Público, ou suspensão de contratar com o Município de Piracanjuba, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes, conforme modelo do Anexo 05.

### **9.2 - PESSOA JURÍDICA:**

**9.2.1** - Poderão se credenciar empresas interessadas em prestar serviços junto ao Fundo Municipal de Saúde de Piracanjuba, e que atuem nas áreas especializadas de Clínica Cardiológica, Laboratório de Próteses Dentárias, Laboratório de Análises Clínicas.

**9.2.2** - A participação de pessoa jurídica que represente terceiros somente será possível se forem apresentados documentação comprobatória no ato do credenciamento constando o nome do representado, declaração de representação e a função desejada para cada profissional credenciado.

### **I - Regularidade fiscal:**

- a) CNPJ;
- b) Contrato social e suas alterações caso existam, contendo a discriminação de suas atividades prestacionais;
- c) RG e CPF do representante Legal;
- d) Alvará de Funcionamento;
- e) Certidão de Regularidade de Situação Perante o FGTS;
- f) Certidão Negativa de Débitos Previdenciários – CND INSS;
- g) Certidão Negativa de Débitos Trabalhista – CNDT;
- h) Certidão Negativa com a Fazenda Pública Federal;



Piracanjuba  
Estado de Goiás  
Prefeitura Municipal de Piracanjuba  
Secretaria Municipal da Saúde

---

- i) Certidão Negativa com a Fazenda Pública Estadual; e
- j) Certidão Negativa com a Fazenda Pública Municipal (da sede da empresa interessada) e do Município Credenciante.
- k) Certificado de Especialidade;
- l) Registro da entidade Profissional de Classe junto ao CREMEGO. (SOMENTE PARA MÉDICOS)

**II - Outras comprovações:**

- a) Termo de Credenciamento devidamente preenchido, conforme modelo do Anexo I;
- b) Declaração de que inexistente qualquer fato impeditivo ao seu credenciamento com o Poder Público, que não foi declarada inidônea e não está impedida de contratar com o Poder Público, ou suspensão de contratar com o Município de Piracanjuba, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes, conforme modelo do Anexo IV.

**10 – DOS REQUISITOS:**

---

**10.1** - Utilizar-se-á, para requisitos conforme Anexo VI e VII, tudo em conformidade com o horário estabelecido (item 8) e com a documentação exigida (item 9).

**10.2** - Após a publicação da lista dos candidatos, estes serão convocados, gradativamente e de acordo com o quantitativo de necessidade da Administração, no prazo de cinco dias úteis, comparecer na Procuradoria Municipal de Piracanjuba/GO, para celebrar termo de credenciamento;

**10.3** - Caso o candidato convocado não compareça no prazo determinado, será automaticamente substituído pelo candidato seguinte na lista de classificados;

**11 – DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO**

---

**11.1** - O valor a ser pago ao credenciado será de acordo com procedimentos realizados, comprovados mediante apresentação de fatura/relatório, e devidamente aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), tendo como parâmetro os valores da Tabela do SUS (Sistema Único de Saúde) e AMB (Associação Médica Brasileira), e conforme descrito no anexo 2.

**11.2** - A apresentação da fatura, que será devidamente atestada pela autoridade competente da Secretaria Municipal de Saúde, se dará até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao



Piracanjuba  
Estado de Goiás  
Prefeitura Municipal de Piracanjuba  
Secretaria Municipal da Saúde

---

vencido, e a respectiva quitação ocorrerá dentro dos 10 (dez) dias seguintes respeitados o Orçamento vigente.

**11.3** - não serão pagos férias nem décimos terceiros salários

## **12 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:**

---

**12.1** –O profissional que, sem justa causa, após credenciado, não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficará sujeito às penalidades previstas no Contrato Administrativo.

## **13 –DOS RECURSOS:**

---

**13.1** –Os licitantes poderão apresentar recurso contra a decisão da Comissão de Credenciamento, dirigido a Comissão nomeada pela Portaria GAB/SMS/2018 nº 04/18, do dia 05/03/18, na pessoa do Presidente, Sra. Sybelle Amorim de Souza, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato ou lavratura da Ata, devendo ser protocolado perante a PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACANJUBA, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, sendo que uma servirá para a devida apreciação do recurso pela Comissão Especial de Credenciamento e a outra será devolvida ao interessado, devidamente protocolada, para fins de acompanhamento.

## **14 - DA EXECUÇÃO DOS PLANTÕES MÉDICOS:**

---

14.1 Os Médicos que estiverem realizando os plantões em dupla presencial, com revezamento presencial de 6h x6 h, entre o Pronto-Socorro e a Enfermaria, com Evolução Clínica dos Internos, deverão permanecer no espaço do Hospital Municipal Tuany Garcia Ribeiro, não podendo se retirar do local, caso seja necessário auxílio de Médico entre Pronto-Socorro e a Enfermaria, ou vice-versa.

14.1.1 Quando haver a necessidade do médico, independente da escala (Pronto-Socorro ou Enfermaria), este deverá prestar assistência medica no local que precisar e for solicitado.

## **15 - PUBLICAÇÃO**

---

**15.1** - O resumo deste Edital será publicado no Placar da Prefeitura Municipal e na Secretaria Municipal de Saúde, no Diário Oficial do Estado, no Jornal de Grande Circulação.

## **16 – FAZ PARTE INTEGRANTE DESTE EDITAL:**

---

ANEXO I – Ficha de Inscrição;

ANEXO II - Relação de Descrição dos Serviços Especializados;

---



Piracanjuba  
Estado de Goiás  
Prefeitura Municipal de Piracanjuba  
Secretaria Municipal da Saúde

---

ANEXO III – Formulário de Recurso;  
ANEXO IV - Modelo de Declaração de Fato Impeditivo;  
ANEXO V – Minuta de Contrato;  
ANEXO VI – Modelo de Currículo Padrão e Ficha de pontuação;  
ANEXO VII - Critério de Classificação;  
ANEXO VIII - Termo de Desistência.

### **17 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

---

**17.1** - O presente Edital poderá ser anulado a qualquer tempo, sem que caiba aos interessados, direito a qualquer indenização ou reclamação.

**17.2** - Os credenciamentos que serão feitos não criarão nenhum vínculo empregatício para com o Município, bem como não obrigarão a qualquer das partes a prestação de serviços, a não serem aqueles previamente autorizados pelo Secretário de Saúde, obedecendo à demanda existente.

**17.3** - Maiores esclarecimentos sobre este Edital poderão ser adquiridos junto à Secretaria Municipal de Saúde, em dias de expediente das 07:30 às 11:00 e 13:30 as 17:00, ou mesmo pelo Telefone/Fax: (64) 3405- 1172/4024/4038.

**17.4** – A avaliação dos documentos será realizada pela Comissão Especial para Seleção de Credenciamento na Secretaria Municipal de Saúde, Portaria GAB/SMS/2018 nº 04/18, do dia 05/03/18, composta pelas Senhoras: Sybelle Amorim de Souza – Presidente; Vania Maria Vargas de Oliveira – Membro; e Karini Gonçalves Barreto – Membro.

Piracanjuba/GO, 05 de setembro de 2018.

Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde de Piracanjuba  
Gestora do FMS



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2018 - RETIFICADO**  
**ANEXO I**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Nome do Candidato**

|  |
|--|
|  |
|--|

**CPF**

**RG**

**Data de Nascimento**

|  |  |     |
|--|--|-----|
|  |  | / / |
|--|--|-----|

**Sexo**

**Estado Civil**

**Naturalidade**

**UF**

|                  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
| Masc ( ) Fem ( ) |  |  |  |
|------------------|--|--|--|

**Endereço Residencial**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Cidade/UF**

**CEP**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**Telefone**

**Celular**

|       |       |
|-------|-------|
| ( ) - | ( ) - |
|-------|-------|

**Função pleiteada**

|                          |
|--------------------------|
| Nº      Descrição: _____ |
|--------------------------|

Declaro verdadeiras as informações acima e concordo com as disposições constantes no Edital Nº 0X/18.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Assinatura do candidato

Data

Local

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**Nome do Candidato**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Função pleiteada**

**RG**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Nº      Descrição: _____ |  |
|--------------------------|--|

Declaro verdadeiras as informações acima e concordo com as disposições constantes no Edital Nº 0X/18.

\_\_\_\_\_ Assinatura do candidato

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data

Local \_\_\_\_\_



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2018 - RETIFICADO**  
**ANEXO II**  
**TABELA DE COMPOSIÇÃO DE HONORÁRIOS**

Constitui objeto do Edital de Credenciamento de profissionais e empresas da área da saúde, para prestação de serviços junto as Unidades de Saúde deste Município.

O valor a ser pago ao credenciado será de acordo com procedimentos realizados, comprovados mediante apresentação de fatura/relatório, onde deverá constar o demonstrativo dos procedimentos realizados no mês, o valor dos procedimentos, de acordo com a tabela aprovada pelo Conselho Municipal de saúde do Município e o total a ser pago, ao CREDENCIADO, LIMITADO AO VALOR DISCRIMINADO ABAIXO:

| <b>PROFISSIONAL PARA CREDENCIAMENTO (PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA) DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO</b>                          | <b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b> | <b>VALOR APROVADO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>   |
|--|------------------------------|--|
| Assistente Social  | 30 h                         | <b>R\$ 1.780,30</b>  |
| Auxiliar de Consultório Dentário   | 40 h                         | <b>965,11 + 20% Insalubridade sujeito a alteração conforme salário mínimo vigente</b>            |
| Cirurgião Dentista   | 40 h                         | <b>R\$ 2.529,90 + 20% de insalubridade + R\$ 500,00 de responsabilidade técnica (RETIFICADO)</b> |
| Cirurgião Dentista   | 20 h                         | <b>R\$ 1.264,95 + 20% de insalubridade</b>   |
| Clínica Cardiológica - Consultas + Laudos de ECG + Ecocardiogramas + 01 Aparelho de MAPA + 01 Aparelho de HOLTER | Produção                     | <b>Até R\$ 10.000,00</b>   |
| Fisioterapeuta   | 30 h                         | <b>R\$ 1.780,30 + 20% de insalubridade</b>   |
| Fisioterapeuta com especialidade em acupuntura   | 30 h                         | <b>R\$ 1.780,30 + 20% de insalubridade + R\$ 300,00 da especialidade</b>                         |
| Fonoaudiólogo  | 40 h                         | <b>R\$ 1.780,30 + 20% de insalubridade</b>   |
| Fonoaudiólogo  | 20 h                         | <b>R\$ 1.000,00 + 20% de insalubridade</b>   |
| Laboratório de Prótese Dentária  | Produção                     | <b>Até R\$ 7.500,00/mês</b>  |
| Laboratório de Análises Clínicas   | Produção                     | <b>Até R\$ 2.500,00/mês cada laboratório</b>   |
| Médico Anestesiologista - até 5 dias cirúrgicos /mês   | 8h                           | <b>Até R\$ 10.000,000/mês - Dia cirúrgico R\$ 2.000,00</b>                                       |
| Médico Auditor   | 4h                           | <b>R\$ 2.000,00</b>  |
| Médico Cardiologista   | 8 h                          | <b>R\$ 3.000,00</b>  |



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
|   |                                  |  |
| Médico Cirurgião Geral - Ambulatório<br>(Consultas de pré-natal, consultas de cirurgias eletivas e consultas de pequenas cirurgias) | 16 h                             | <b>R\$ 5.000,00</b>  |
| Médico Cirurgião Geral - dia cirúrgico  | Produtividade                    | <b>R\$ 1.000,00</b>  |
| Médico Cirurgião Geral Auxiliar - dia cirúrgico   | Produtividade                    | <b>R\$ 600,00</b>  |
| Médico Clínico Geral para Responsabilidade Técnica no HMP   | 10h                              | <b>R\$ 1.500,00</b>  |
| Médico Clínico Geral para plantões presenciais de 12h   | Produtividade                    | <b>R\$ 900,00 - dias úteis</b><br><b>R\$ 1.100,00 - Sábados, domingos e feriados</b> |
| Médico Clínico Geral para EMAD  | 40h                              | <b>R\$ 11.000,00</b>   |
| Médico Clínico Geral para Junta Médica até duas Juntas/mês de 4h cada   | Produção de 4 h por dia de Junta | <b>R\$ 600,00/dia de junta</b>   |
| Médico Ginecologista e Obstetra   | 8h                               | <b>R\$ 3.000,00</b>  |
| Médico Estrategista Saúde da Família  | 40h                              | <b>R\$ 11.000,00</b>   |
| Médico Ortopedista  | 8h                               | <b>R\$ 8.000,00</b>  |
| Médico Otorrinolaringologista   | 4h                               | <b>R\$ 2.400,00</b>  |
| Médico Pediatra   | 20h                              | <b>R\$ 13.000,00</b>   |
| Médico Psiquiatra para CAPS   | 8h                               | <b>R\$ 10.000,00</b>   |
| Médico Radiologista e Ultrassonografista  | 8h                               | <b>R\$ 5.000,00</b>  |
| Médico Psiquiatra Ambulatório + Responsabilidade de Leitos Psiquiátricos  | 8h                               | <b>R\$ 10.000,00 + R\$ 1.500,00 da RT dos Leitos</b>                                 |
| Médico Ultrassonografista   | 8h                               | <b>Até R\$ 5.000,00 mensais</b>  |
| Médico Urologista - até 2 ambulatórios mês de 8h cada   | 8h                               | <b>Até R\$ 3.600,00</b>  |
| Nutricionista   | 40h                              | <b>R\$ 1.780,30 + 20% insalubridade</b>  |



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  |                |   |
| Nutricionista                                    | 20h            | R\$ 1.000,00 + 20% insalubridade                    |
| Técnico de Enfermagem                            | Escala vigente | R\$ 1.068,18 + 20% insalubridade                    |
| Técnico de Laboratório                           | 44h            | R\$ 1.068,18 + 20% insalubridade                    |
| Técnico em Prótese Dentária                      | 20h            | Salário Mínimo Vigente + 20% insalubridade          |
| Técnico em Radiologia                            | 24h            | R\$ 1.068,18 + 40% insalubridade                    |
| Técnico em Radiologia + Responsabilidade Técnica | 24h            | R\$ 1.068,18 + 40% insalubridade + R\$ 300,00 da RT |
| Terapeuta Ocupacional                            | 30h            | R\$ 1.780,30 + 20% insalubridade                    |

**TABELA DE HORONÁRIOS MÉDICOS**

| <b>TIPO DE PRODUÇÃO</b>   | <b>CARGA HORÁRIA</b>  | <b>SEGUNDA A SEXTA-FEIRA</b> | <b>SÁBADO, DOMINGO E FERIADOS</b> | <b>CUSTO TOTAL POR PLANTÃO</b>       |
|---|-----------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Plantão em dupla presencial - revezamento presencial de 6h x 6h entre Pronto-Socorro e Enfermaria com Evolução Clínica dos Internos | 12h x 12h             | R\$ 900,00                   | R\$ 1.100,00                      | R\$ 1.800,00 a R\$ 2.200,00          |
| Traslado de UTI móvel/ SAMU   | Sempre que necessário | R\$ 350,00                   | R\$ 350,00                        | Depende do quantitativo de traslados |

**TABELA DE VALORES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

| <b><u>PRESTADOR DE SERVIÇO</u></b> | <b><u>ESPECIFICAÇÃO</u></b>   | <b><u>TETO ORÇAMENTÁRIO</u></b> |
|------------------------------------|---|---------------------------------|
| Laboratório de Análises Clínicas   | Produtividade mediante relatório informado no SISREG e faturamento no SIA | Até R\$ 2.500,00 cada           |
| Laboratório de Próteses Dentárias  | Até 75 próteses mensais conforme  | Até R\$ 7.500,00 mensais        |



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

|                      |  |                           |
|----------------------|--|---------------------------|
| conforme             | estabelecido na Portaria MS nº 1.825 de 24/08/2014   |                           |
| Clínica Cardiológica | Produtividade mediante relatório informado do SISREG | Até R\$ 10.000,00 mensais |

**TABELA DE VALORES DOS PROCEDIMENTOS DA CLÍNICA**  
**CARDIOLÓGICA**

| <b>PROCEDIMENTO</b> | <b>VALOR</b> |
|---------------------|--------------|
| Consulta de 1ª vez  | R\$ 40,00    |
| Consulta de retorno | R\$ 10,00    |
| Laudo de ECG        | R\$ 6,00     |
| Ecocardiograma      | R\$ 50,00    |
| MAPA                | R\$ 20,00    |
| HOLTER              | R\$ 30,00    |

Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde de Piracanjuba  
Gestora do FMS

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2018 - RETIFICADO**  
ANEXO III  
FORMULÁRIO DE RECURSO

|   |
|---|
| <b>I- IDENTIFICAÇÃO</b><br>Interessado: _____<br>CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: _____<br>_____/_____/_____<br>Endereço Residencial: _____<br>_____<br>Telefone: (____) _____ - (____) _____ - _____ |
| <b>III- ASSUNTO</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____   |

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

|                                |
|--------------------------------|
| Nome: _____                    |
| Edital nº: _____ Função: _____ |
| _____<br>Data: ____/____/____  |
| _____<br>Assinatura            |



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2018 - RETIFICADO**

ANEXO IV  
MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATO IMPEDITIVO

**“DECLARAÇÃO”**

Ao  
MUNICÍPIO DE PIRACANJUBA  
Att. - Comissão de Credenciamento  
**CREENCIAMENTO N.º 00x/201x**

(Razão Social da Empresa / Nome Completo da Pessoa Física) estabelecida na (endereço completo), inscrita no CPF sob n.º....., neste ato representada pelo seu (representante/procurador), no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo à sua participação no credenciamento citado, que não foi declarada inidônea e não está impedida de contratar com o Poder Público de qualquer esfera, ou suspensa de contratar com a Administração, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade assina a presente.

....., ..... de ..... de 201x.

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
N.º do documento de identidade

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018 - RETIFICADO**  
**ANEXO V**  
**MINUTA DE CONTRATO**

**CONTRATO ADMINISTRATIVO DE CREDENCIAMENTO Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE**  
**PIRACANJUBA** E \_\_\_\_\_, NA FORMA QUE  
SEGUE.

Termo de Contrato de Prestação de Serviços que entre si celebram o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS** do Município de Piracanjuba, inscrito no CNPJ –MF sob n. \_\_\_\_\_, representado por seu gestor \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, portador do CI/RG: \_\_\_\_\_ e CPF n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, doravante denominados **CRENCIANTE**, e de outro lado (PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, portador do CI/RG: \_\_\_\_\_ e CPF ou CNPJ n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado/sediada na \_\_\_\_\_, doravante denominado **CRENCIADO**, com fundamento nos artigos 6º, 7º, 23, inc. II, 30, inc. VII, 37, inc. XXI, e 196 da Constituição Federal; a Lei n.º 8.666/93 e suas alterações; o Edital de Credenciamento n.º 02/18 e as cláusulas seguintes:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

---

- O presente contrato tem por objetivo a execução de serviços profissionais prestados pelo **CRENCIADO**, na área da saúde como \_\_\_\_\_ na Secretaria de Saúde, conforme tabela abaixo:

|                         |  |
|-------------------------|--|
|                         |  |
|                         |  |
| <b>TOTAL ESTIMATIVO</b> |  |

**2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO:**

---

2.1. Em contraprestação aos serviços descritos pela Cláusula Primeira o **CRENCIANTE** se compromete a efetuar o pagamento do valor total estimado de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), ao **CRENCIADO**, cujo pagamento se realizará através de Ordem Bancária.

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

2.2. As contas referentes aos atendimentos efetivamente prestados dentro de cada mês, deverão ser apresentadas pelo **CREENCIADO** até o quinto dia útil do mês subsequente, sendo o pagamento das mesmas feito até o dia 20 (vinte) de cada mês.

2.3. Para o profissional que prestar serviço por procedimentos, o valor base de cada atendimento, consulta, cirurgia, exame, entre outros realizados terá por base a Tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

(cláusulas 2.2 e 2.3 para contratos faturados por procedimento)

2.4. O **CREENCIADO** se compromete a observar os comunicados, portarias, circulares e avisos expedidos pela **CRENCANTE** relacionados com os serviços contratados, objeto do presente contrato, zelando para o seu fiel cumprimento.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA – DO REAJUSTE DO PREÇO**

---

3.1. O valor será reajustado de acordo com a tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

**4. CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA:**

---

4.1. O prazo de vigência do presente Contrato terá início no dia \_\_\_\_\_ e término em \_\_\_\_\_, podendo ser prorrogado a critério das partes por mútuo consentimento e interesse das partes ou até rescindido, dependendo do aspecto conjuntural e o motivo que o justifique com a manifesta e expressa anuência das partes, segundo a predominância do interesse público.

4.2. À parte que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar o seu desinteresse por escrito a outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**5. CLÁUSULA QUINTA – DOS TRIBUTOS:**

---

5.1. O **CREENCIADO** se sujeita aos descontos das importâncias referentes aos tributos previstos em Lei.

**6. CLÁUSULA SEXTA – DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO:**

---

6.1. A presente prestação de serviços ora contratados não implica em exclusividade entre credenciante e credenciado, inexistindo subordinação pessoal já que o contratado tem plena liberdade para o exercício de sua atividade profissional, evidentemente que a importância prevista na cláusula segunda a ser paga está condicionada à execução dos serviços.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL:**

---

7.1. Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo assinado pelas partes.

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

**8. CLÁUSULA OITAVA – DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA CONTRATADA:**

---

8.1. A execução do presente Contrato será avaliada pelo Secretário Municipal de Saúde, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Contrato.

**9. CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

---

9.1. As despesas do presente Contrato ocorrerão à conta da seguinte dotação orçamentária n.:

- xxxxxxxxxxxxxx – Fundo Municipal de Saúde;

**10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATO:**

---

10.1. O **CRENCIADO** será o responsável pela reparação civil de dano causado ao paciente atendido, decorrente de ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência.

10.2. O **CRENCIADO** se obriga a cumprir fielmente com as normas profissionais da categoria, agindo estritamente de acordo com as obrigações estabelecidas no estatuto da profissão, por sua legislação de regência, tratando com urbanidade, humanismo e lealdade seus pacientes.

10.3. A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Contrato pelo Secretário Municipal de Saúde não exclui nem reduz a responsabilidade do **CONTRATADO**.

10.4 O **CRENCIADO** não poderá efetuar qualquer tipo de cobrança de taxa ou diferenças aos pacientes atendidos, sob qualquer pretexto.

10.5 O **CRENCIADO**, 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.

10.6 O **CRENCIADO** 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.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA MULTA:**

---

11.1. Fica estipulada a multa correspondente a 02% (dois por cento) sobre o valor do presente contrato, na qual incorrerá a parte que infringir qualquer das cláusulas deste Contrato, respondendo ainda por perdas e danos, lucros cessantes, se houver rescisão judicial, custas e honorários advocatícios.

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO:**

---

12.1. A rescisão do contrato poderá, nos termos dos artigos 77, 78 e 79, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, ocorrer:

- a) por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos incisos I a XII e XVII, do artigo 78 do mesmo diploma legal;
- b) amigavelmente, por acordo entre as partes lavrando-se o respectivo termo;
- c) judicialmente, nos termos da legislação.
- d) decidia no trabalho.
- e) descumprimento de horários regulamentares.
- f) erro profissional, por: imperícia, negligência e imprudência.
- g) falta de urbanidade e zelo ao paciente.
- h) desobediência aos níveis de hierarquia.
- i) descumprimento de ordens pré-estabelecidas pela Administração.

12.2. A critério do **CRENCIANTE**, caberá rescisão deste Contrato independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, quando o **CRENCIADO** não cumprir quaisquer de suas obrigações contratuais ou transferir o contrato a terceiros, no todo ou em parte.

**13. CLÁUSULA DECIMA TERCEIRA – DA HABILITAÇÃO PROFISSIONAL E DO REGISTRO:**

---

13.1. Compete ao profissional ou à empresa contratada e sob a sua responsabilidade e fé, admitida a veracidade ideológica documental, a exibição da documentação formal probatório de sua habilitação e registro para exercício profissional, no que dispuser a lei vigente aplicável à matéria, conferindo ao **CRENCIANTE**, o encaminhamento ao Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios para o registro e demais fins legais.

**14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA GESTÃO DO CONTRATO**

---

14.1. A gestão do contrato ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, por seu titular ou por servidor designado em ato específico, devendo fiscalizar o fiel cumprimento das obrigações contratuais.

**15. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO:**

---

15.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Piracanjuba – Goiás, para eventual discussão em torno do que ficou pactuado neste Contrato.

Estando as partes justas e mutuamente contratadas, assinam o presente Contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e conteúdo, para os mesmos fins, juntamente com 02 (duas) testemunhas idôneas e abaixo identificadas.

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

Piracanjuba de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2018

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br><b>CONTRATANTE</b> | <b>CONTRATADO</b> |
|---|-------------------|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**TESTEMUNHAS:**

**1º NOME:** \_\_\_\_\_  
**CPF :** \_\_\_\_\_

**2º NOME:** \_\_\_\_\_  
**CPF :** \_\_\_\_\_



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2018 - RETIFICADO

ANEXO VI

CURRÍCULO PADRÃO – PESSOA FÍSICA

• IDENTIFICAÇÃO

|       |
|-------|
| Nome  |
|       |
| CPF   |
|       |
| Cargo |
|       |

• REQUISITO (Não será pontuado)

| 2.1- Formação escolar ou acadêmica |             |         |
|------------------------------------|-------------|---------|
| Curso                              | Instituição | Término |
|                                    |             |         |

| 2.2- Registro no Conselho |                |
|---------------------------|----------------|
| Nome do Conselho          | Nº do conselho |
|                           |                |

• TÍTULOS

| 3.1 - Doutorado ou Mestrado (nos últimos 15 anos)          |             |                 |            |
|--|-------------|-----------------|------------|
| Curso  | Instituição | Data de Término | Pontuação* |
|  |             |                 |            |
| Pontuação total** <i>Uso exclusivo da comissão do CPSS</i> |             |                 |            |

| 3.2 – Especialização com carga horária mínima de 360 h (nos últimos 15 anos) |             |                 |            |
|--|-------------|-----------------|------------|
| Curso  | Instituição | Data de Término | Pontuação* |
|  |             |                 |            |
| Pontuação total** <i>Uso exclusivo da comissão do CPSS</i>                   |             |                 |            |

| 3.3- Cursos com carga horária acima de 80 h (nos últimos 15 anos) |  |  |  |
|---|--|--|--|
|---|--|--|--|

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

| Curso  | Instituição | Data de Término | Pontuação* |
|--|-------------|-----------------|------------|
|  |             |                 |            |
|  |             |                 |            |
| Pontuação total** <i>Uso exclusivo da comissão do CPSS</i> |             |                 |            |

| 3.4 - Cursos com carga horária de 40 a 79 h (nos últimos 15 anos) |             |                 |            |
|---|-------------|-----------------|------------|
| Curso   | Instituição | Data de Término | Pontuação* |
|   |             |                 |            |
|   |             |                 |            |
| Pontuação total** <i>Uso exclusivo da comissão do CPSS</i>        |             |                 |            |

| 3.5 - Cursos com carga horária até 39 h (nos últimos 15 anos) |             |                 |            |
|---|-------------|-----------------|------------|
| Curso   | Instituição | Data de Término | Pontuação* |
|   |             |                 |            |
|   |             |                 |            |
| Pontuação total** <i>Uso exclusivo da comissão do CPSS</i>    |             |                 |            |

| 3.6 - Participação em Congressos, Conferências e Simpósios, com carga horária mínima de 8 horas (nos últimos 15 anos) |               |                 |            |
|---|---------------|-----------------|------------|
| Evento  | Carga horária | Data de Término | Pontuação* |
|   |               |                 |            |
|   |               |                 |            |
| Pontuação total** <i>Uso exclusivo da comissão do CPSS</i>  |               |                 |            |

• **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

| 4.1 - Experiência profissional. (Na área de atuação a qual concorre e após habilitação profissional) |              |        |       |            |
|--|--------------|--------|-------|------------|
| Empresa  | Cargo/Função | Início | Térmi | Pontuação* |



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Pontuação total** <i>Uso exclusivo da comissão do CPSS</i> |  |  |  |  |

Declaro que assumo total responsabilidade pelas informações prestadas neste documento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

| USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DO CEPS |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| PONTUAÇÃO FINAL                   | ASSINATURA DO EXAMINADOR |
|                                   |                          |

Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde de Piracanjuba  
Gestora do FMS

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2018 - RETIFICADO**

ANEXO VII

CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DOS PROPONENTES

**1. - PROFISSIONAIS:**

ASSISTENTE SOCIAL; AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO; CIRURGIÃO DENTISTA; CLÍNICA CARDIOLÓGICA; FISIOTERAPEUTA; FONOAUDIÓLOGO; LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS; LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA; MÉDICO ANESTESISTA; MÉDICO AUDITOR; MÉDICO CARDIOLOGISTA; MÉDICO CIRURGIÃO GERAL; MÉDICO CLÍNICO GERAL( PLANTÃO); MÉDICO CLÍNICO GERAL( JUNTA MÉDICA); MÉDICO CLÍNICO GERAL( EMAD); MÉDICO ESTRATEGISTA SAÚDE DA FAMÍLIA; MÉDICO ORTOPEDISTA; MÉDICO PEDIATRA; MÉDICO PSIQUIATRA; MÉDICO PSIQUIATRA( RT LEITOS PSIQUIÁTRICOS); MÉDICO RADIOLOGISTA E ULTRASSONOGRAFISTA; MÉDICO UROLOGISTA; NUTRICIONISTA; TÉCNICO DE ENFERMAGEM; TÉCNICO DE LABORATÓRIO; TÉCNICO EM RADIOLOGIA.

**1.1 - DA AVALIAÇÃO**

A avaliação dar-se-á mediante somatório dos pontos obtidos na análise conjunta dos itens abaixo, os quais deverão constar no currículo de forma detalhada:

- a) formação técnica ou acadêmica, devidamente comprovada, com identificação dos títulos, certificados e especialmente da carga horária dos cursos;
- b) experiência profissional, devidamente comprovada nos moldes do item 3.1.

Para pontuação da formação acadêmica e experiência comprovada na área de cargo pleiteado serão considerados os critérios descritos nos quadros abaixo:

| <b>FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>   | <b>PONTOS POR CERTIFICADOS</b> | <b>MÁXIMO DE PONTOS</b> | <b>MÁXIMO DE CERTIFICADOS</b> |
|---|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Especialização na área de habilitação                                   | 5,0                            | 10,0                    | 2                             |
| Cursos com carga horária acima de 80 h                                  | 2,0                            | 10,0                    | 5                             |
| Cursos com carga horária de 40 a 79 h                                   | 1,0                            | 10,0                    | 10                            |
| Cursos com carga horária até 39 h                                       | 0,5                            | 5,0                     | 10                            |
| Voluntariado ou estágio não curricular com carga horária mínima de 80 h | 2,5                            | 10,0                    | 4                             |
| Congressos, Convênios e Simpósios com carga horária mínima de 08 horas  | 0,5                            | 5,0                     | 10                            |
| <b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>  | <b>50,0</b>                    |                         |                               |

| <b>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b> | <b>PONTOS POR SEMESTRE</b> | <b>MÁXIMO DE PONTOS</b> | <b>MÁXIMO DE EXPERIÊNCIA</b> |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------------|
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------------|

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

|  |             |      |    |
|--|-------------|------|----|
| Experiência na área de habilitação (considerado apenas períodos contratados e devidamente comprovados) | 5,0         | 50,0 | 10 |
|  |             |      |    |
| <b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>   | <b>50,0</b> |      |    |

**2 - EMPRESAS DAS ÁREAS DE LABORATÓRIO DE PRÓTESES DENTÁRIAS.**

**2.1 - DA AVALIAÇÃO**

A avaliação dar-se-á mediante a apresentação dos documentos de habilitação além de tempo de atuação no mercado e comprovação de prestação de serviços com a Fazenda pública Municipal, caso houver.

Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde de Piracanjuba  
Gestora do FMS

---



**Estado de Goiás**  
**Prefeitura Municipal de Piracanjuba**  
**Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde**

---

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2018 - RETIFICADO**

ANEXO VIII

TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no Credenciamento dos Profissionais da Saúde nº \_\_\_\_/201x, venho através deste declarar a minha **DESISTÊNCIA** do Cargo de \_\_\_\_\_ para o qual Credenciado.

Nestes termos

Pede deferimento.

Piracanjuba \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201x.

\_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_

---