



PROCESSO Nº 2021006540

**1º TERMO ADITIVO DE
RERRATIFICAÇÃO AO EDITAL DE
CHAMAMENTO Nº 002/2021-SMS, NOS
TERMOS QUE SEGUEM:**

O **MUNICÍPIO DE LUZIÂNIA**, com interveniência da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, CNPJ 01.169.416/0001-09, sediada à Rua Professor Arthur Roriz, Setor Aeroporto, Luziânia, Goiás, neste ato representado pela sua titular, **Dra. MARCELLE MACHADO DE ARAÚJO MELO**, brasileira, casada, portadora da cédula de identidade n.º 1.625.179 SSP/DF e CPF sob o n.º 70.155.701-34, com poderes constituídos por meio do Decreto n.º 001, de 02/01/2021, no uso de suas atribuições legais e regulamentares vigentes, por força do presente Termo Aditivo de Rerratificação ao Edital de Chamamento n.º 002/2021 vem comunicar a presente retificação.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente Termo tem por objeto rerratificar o Edital de Chamamento n.º 002/2021, no item 1.1.1, no item 7.14, no item 8.3.14 e no Anexo II Minuta de Contrato (Pessoa Jurídica).

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RETIFICAÇÃO

2.1 – No item 1.1.1, referente à exposição detalhada dos profissionais de saúde que atuem nas especialidades relacionadas, **acrescenta-se** os profissionais abaixo relacionados:

Função	Jornada de trabalho	Forma de pagamento	Valor
CIRURGIÃO DENTISTA	40 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	UBS e UBSF: R\$ 3.960,00 Sistema Prisional: R\$ 4.400,00
	30 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	UBS e UBSF: R\$ 2.970,00 CEO: R\$ 4.400,00
	20 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	UBS e UBSF: R\$ 1.980,00 Sistema Prisional: R\$ 2.200,00

Secretaria Municipal de Saúde de Luziânia

Rua Professor Artur Roriz, s/nº, Setor Aeroporto, CEP: 72.800-400

(61) 3906-3606 – FAX: 3906-3600 – CNPJ: 07.556.717/0001-63 – site: www.luziania.go.gov.br

CIRURGIÃO DENTISTA PARA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	20 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 2.970,00
	Plantão 12 horas	Mensal, de acordo com o número de plantões realizados	R\$ 297,00 por plantão de 12 horas
CIRURGIÃO DENTISTA EMERGÊNCIA	16 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 2.376,00
	20 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 2.970,00
	24 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 3.564,00
CIRURGIÃO DENTISTA PARA PACIENTES ESPECIAIS	24 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 4.430,00
	16 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 2.970,00
	20 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 3.700,00
CIRURGIÃO DENTISTA IMPLANTODONTISTA	Plantão 12 horas	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 1.000,00 por plantão
CIRURGIÃO DENTISTA ENTODONTIA	16 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 2.376,00
	20 horas semanais	Mensal, com base na carga horária efetivamente trabalhada	R\$ 2.970,00

2.2 – No item 3, referente ao credenciamento acrescenta-se:

*3.8 A Comissão de Credenciamento dará a devida publicidade mediante a publicação da lista dos **PROponentes** habilitados ao credenciamento no Diário Oficial do Estado, bem como a disponibilização no site www.luziamia.go.gov.br;*

*3.9 O **PROponente** interessado poderá impugnar o Edital e/ou recorrer do resultado publicado no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da publicação, com apresentação das razões, **devidamente fundamentadas**, digitada e encaminhadas via e-mail credenciamento002.saude@luziania.gmail.gov.br.*

2.3 No item 7.14 e 8.3.19, referente à conta bancária, onde se lê:



Comprovante de titularidade de conta corrente junto ao Banco Itaú, observando que conta poupança ou conta conjunta não serão aceitas, no ato da assinatura do contrato;

Leia-se:

Comprovante de titularidade de conta bancária, observando que conta conjunta e conta bancária com limite de depósito não serão aceitas.

2.4 No Anexo II, minuta de contrato referente a pessoa jurídica, **onde se lê:**

**CONTRATO N° ____/2020, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE LUZIÂNIA, COM GESTÃO PLENA DO SISTEMA DE SAÚDE ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA XXXXXXXXXX VISANDO A REALIZAÇÃO DE XXXXXXXXXX PARA ATENDER A DEMANDA DO MUNICÍPIO DE LUZIÂNIA.*

**VINCULADO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO N°. ____/2021.*

**Pelo presente instrumento, o MUNICÍPIO DE LUZIÂNIA, com Gestão Plena do Sistema de Saúde, vem, através do Fundo Municipal De Saúde De Luziânia, Estado De Goiás, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ nº. 01.169.416/0001-09, com sede na Rua Professor Arthur Roriz, Setor Aeroporto, Luziânia, Goiás, neste ato devidamente representada pela Gestora do Fundo Municipal de Saúde, a Senhora Marcelle Machado de Araújo Melo, inscrita no RG nº 1.625.179 SSP/DF e CPF sob o nº 70.155.701-34, residente e domiciliada na cidade de Brasília, Distrito Federal, com poderes constituídos por meio do Decreto nº 001 de 02 de janeiro de 2021, no uso de suas atribuições legais e regulamentar, doravante denominada de CONTRATANTE, e de outro lado o(a) _____ com sede na _____, Cidade de XXXXXXXX, inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por _____ (CARGO), NOME _____, brasileiro(a), estado civil _____, portador(a) da carteira de identidade nº _____, CPF nº _____, de conformidade com o contrato social, doravante denominado CONTRATADO(A), tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 a 200; as Leis 8.080/90 e 8.142/90; as normas gerais da Lei 8.666/93, e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem celebrar o presente Contrato de Prestação de Serviços, Processo n° ____/2021, mediante as cláusulas e condições seguintes:*

**Gabinete da Gestora do Fundo Municipal de Saúde, aos xx de xxxxx de 2021.*

Leia-se:

**CONTRATO N° ____/20XX, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE*



LUZIÂNIA, COM GESTÃO PLENA DO SISTEMA DE SAÚDE ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA XXXXXXXXXXXX VISANDO A REALIZAÇÃO DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX PARA ATENDER A DEMANDA DO MUNICÍPIO DE LUZIÂNIA.

*VINCULADO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº. ____/20XX.

*Pelo presente instrumento, o MUNICÍPIO DE LUZIÂNIA, com Gestão Plena do Sistema de Saúde, vem, através do Fundo Municipal De Saúde De Luziânia, Estado De Goiás, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ nº. 01.169.416/0001-09, com sede na Rua Professor Arthur Roriz, Setor Aeroporto, Luziânia, Goiás, neste ato devidamente representada pela Gestora do Fundo Municipal de Saúde, a Senhora Marcelle Machado de Araújo Melo, inscrita no RG nº 1.625.179 SSP/DF e CPF sob o nº 70.155.701-34, residente e domiciliada na cidade de Brasília, Distrito Federal, com poderes constituídos por meio do Decreto nº 001 de 02 de janeiro de 2021, no uso de suas atribuições legais e regulamentar, doravante denominada de CONTRATANTE, e de outro lado o(a) _____ com sede na _____, Cidade de XXXXXXXX, inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por _____ (CARGO), NOME _____, brasileiro(a), estado civil _____, portador(a) da carteira de identidade nº _____, CPF nº _____, de conformidade com o contrato social, doravante denominado CONTRATADO(A), tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 a 200; as Leis 8.080/90 e 8.142/90; as normas gerais da Lei 8.666/93, e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem celebrar o presente Contrato de Prestação de Serviços, Processo nº _____/20XX, mediante as cláusulas e condições seguintes:

*Gabinete da Gestora do Fundo Municipal de Saúde, aos xx de xxxxx de 20XX.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1 Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do Edital de Chamamento Público nº002/2021-SMS e seus respectivos aditivos.

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, em Luziânia aos 22 dias do mês de março de 2021.


Marcelle Machado de Araújo Melo
Secretária Municipal de Saúde