

que atenderá ou justificará de imediato.

14.7. Notificar a contratada de qualquer irregularidade decorrente da execução do objeto contratual.

14.8. Efetuar os pagamentos devidos à contratada nas condições estabelecidas neste Termo.

14.9. Aplicar as penalidades previstas em lei e neste instrumento.

14.10. Exigir da contratada o afastamento de qualquer empregado ou preposto que não seja merecedor de sua confiança, que tenha conduta inconveniente ou incompatível com o exercício das funções, depois de devidamente advertido.

15. DA FISCALIZAÇÃO:

15.1. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por 1 (um) ou mais fiscais do contrato, representantes da Administração especialmente designados conforme requisitos estabelecidos no art. 7º da Lei Federal nº 14.133/2021, ou pelos respectivos substitutos, permitida a contratação de terceiros para assisti-los e subsidiá-los com informações pertinentes a essa atribuição.

15.2. A execução contratual será acompanhada por (nome), matrícula nº 00000000 e CPF nº 000.000.000-00, especialmente designado para este fim pela contratante, de acordo com o estabelecido no art. 117, da Lei Federal nº 14.133/2021, doravante denominado simplesmente de GESTOR.

15.3. Fica instituída a comissão de acompanhamento e monitoramento da execução do objeto do chamamento público, que deverá ser formada por membros da Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental - COPOM/SEAPS/SESA.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS:

16.1. O credenciamento firmado não implica vínculo trabalhista ou previdenciário, tendo o credenciado responsabilidade única, exclusiva e total pelos serviços prestados por ele e por seus empregados.

16.2. O(s) contratado(s) é (são) responsável(is), em qualquer época, pela fidelidade e legitimidade das informações constantes nos documentos apresentados.

16.3. A participação no presente credenciamento importa na aceitação integral e irrevogável das normas contidas neste edital e no Termo de Referência.

16.4. As decisões referentes a este credenciamento poderão ser comunicadas aos Credenciados por qualquer meio de comunicação que comprove o recebimento ou, ainda, mediante publicação no Diário Oficial do Estado - DOE.

ANEXO II - JUSTIFICATIVA DA DEFINIÇÃO DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

1. A SESA realizou pesquisa de mercado objetivando elaborar estimativa de custos em treinamentos similares, para participação integral na capacitação.

2. O valor total anual estimado para a contratação de 40 (quarenta) vagas é de R\$140.755,50 (cento e quarenta mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e cinquenta centavos). A estimativa de custos foi definida a partir de pesquisa de mercado considerando custos em treinamentos similares, chegando a um custo médio proposto por vaga de R\$ 3.518,88 (três mil quinhentos e dezoito reais e oitenta e oito centavos) para participação integral na capacitação.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE VAGAS	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1.	Inscrições - Profissional	40	R\$3.518,88	\$ 140.755,50

3. A precificação proposta pela COPOM considerou a média de preços praticada em nível nacional pesquisada, que foi de R\$3.518,88 (três mil quinhentos e dezoito reais e oitenta e oito centavos).

4. Cabe destacar que a COPOM também se norteou considerando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.

ANEXO III - MODELO DE REQUERIMENTO/INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

AO ESTADO DO CEARÁ/SECRETARIA DA SAÚDE

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA divulgado pelo Estado do Ceará/Secretaria da Saúde, objetivando a prestação de serviços nos termos do Chamamento Público Nº 009/2026 (NUP 24001.023240/2026-88) e quantitativos especificados abaixo:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE VAGAS	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1.	Inscrições - Profissional			

Nome: _____
 Endereço: _____
 Comercial: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 CNPJ: _____
 Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____
 TELEFONE PARA CONTATO: _____
 E-MAIL: _____
 Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), através de seus sócios e/ou diretores, infra – firmados, tendo em vista o CHAMAMENTO PÚBLICO nº 009/2026, cujo objeto é o credenciamento de pessoas jurídicas que atua como FORMAÇÃO EM ABORDAGEM SISTÊMICA, e que tenha habilitação para o exercício das funções previstas no edital, respeitando os quantitativos e condições estabelecidas no edital, declara, sob as penas da lei, que:

● Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços prestados;

● Tem disponibilidade para prestar atendimento, conforme as normas fixadas pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e segundo as normas do Ministério da Saúde, inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais de profissionais de Saúde; e

Declara, ainda, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria e/ou pelos órgãos de controle.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE DE CARGOS E FUNÇÕES

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), não há nenhum sócio, diretor ou representante legal que exerça Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Estado do Ceará, não comprometendo desta forma a participação da Instituição supracitada no processo do CHAMAMENTO PÚBLICO nº 009/2026.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

