II - DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE:
a) Garantir os recursos das ações do projeto;
b) controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados;
c) estabelecer mecanismos de controle das ações e serviços de saúde: e
d) analisar os relatórios comparando os resultados alcançados com os recursos financeiros repassados.
e) Garantir a logística e o deslocamento das equipes aos municípios articulada com a Secretaria Estadual de Educação; e em parceria com os Municípios;
f) Garantir em parceria com os Municípios o encaminhamento dos alunos inscritos no Programa Brasil Alfabetizado às escolas, local da consulta oftalmológica.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA**
O presente contrato vigorará pelo prazo de 05 (cinco) meses, com início em --------- e término em ------, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo expresso.

**CLÁUSULA QUARTA – DA PROGRAMAÇÃO**
O valor mensal estimado para a execução do presente contrato importa em R$ ----------, perfazendo o total de R$ ---------- (valor por extenso), conforme abaixo especificado:

| SERVIÇO | Valor Unit. | TETO FÍSICO | TETO FINANCEIRO | POLO DE ATENDIMENTO /MUNICÍPIO |
|---|---|---|---|---|
| Consulta Oftalmológica | 14,29 | | | |
| **TOTAL** | | | | |

**CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA**
Os recursos do presente contrato oneram recursos do Fundo de Saúde da SECRETARIA, consoante as seguintes informações:
Unidade Orçamentária: 170101.
Plano Interno: 2218.
Fonte de Recursos: 113 – SUS.
Elemento de Despesa: 33.90.39 – outros serviços de terceiro pessoa jurídica.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES**
O presente contrato poderá ser rescindido, com o conseqüente descredenciamento perante o Projeto, unilateralmente pela SECRETARIA, quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:
a) pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE;
b) pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da SECRETARIA ou do Ministério da Saúde;
c) pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.
Parágrafo Único. Antes da rescisão poderá ser facultado à CLÍNICA prazo (razoável de até 30 dias) para correção de erros e procedimentos irregulares acaso encontrados pela SESAPI, preferindo-se a rescisão quando da negativa das recomendações e determinações da SESAPI.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DOS CASOS OMISSOS**
Fica definido que as questões que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos serão levadas ao Conselho Estadual de Saúde.

**CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO**
A SECRETARIA providenciará a publicação do extrato do presente contrato na imprensa oficial no prazo de lei.

**CLÁUSULA NONA - DO FORO**
Fica eleito o foro da Comarca de Teresina, Estado do Piauí, para dirimir questões acerca da execução do presente contrato que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelas partes.
E, por estarem, assim, justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, na presença das testemunhas infra-assinadas.

Teresina, ----- de ---------- de 200-----.

_____
**Francisco de Assis Carvalho Gonçalves**
SECRETÁRIO ESTADUAL DA SAÚDE

_____
CONTRATADA
TESTEMUNHAS:

_____
RG/CPF

_____
RG/CPF

**ANEXO II - Modelo de Formulário de Cadastramento**

A Empresa ....., pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua/Avenida ..... .....n.º....., Bairro ....., Cidade ....., Estado ....., CEP n.º, ..... inscrita no CNPJ sob o n.º ....., vem solicitar seu cadastramento para a realização de Consultas de Oftalmologia, nos termos do Chamamento Público n.º 001/2.009, informando desde já os dados a seguir:

| PROPOSTA DE REALIZAÇÃO DA CONSULTA OFTALMOLÓGICA | |
|---|---|
| TETO FÍSICO | MUNICÍPIO |
| | |
| | |
| | |

NOME DA EMPRESA:
Banco: Agencia: Conta-corrente:
End:
Telefone: Fax: Correio Eletrônico:

Oftalmologistas:
Nome:
End:
Telefone: Fax: Correio Eletrônico:

Nome:
End:
Telefone: Fax: Correio Eletrônico:

Nome:
End:
Telefone: Fax: Correio Eletrônico:

Teresina (PI),.....

**OF. 934**