



## ANEXO XII

### TERMO DE RESPONSABILIDADE PELAS PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS DAS HORAS CONTRATADAS

*Documento anexo ao contrato. Termo só será assinado no ato da assinatura do contrato*

Eu, **CLIQUE OU TOQUE AQUI PARA INSERIR O TEXTO.**, inscrita no CPF sob o nº **CLIQUE OU TOQUE AQUI PARA INSERIR O TEXTO.**, na condição de profissional credenciada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí - FMS, para a prestação de serviços na área da saúde como **CLIQUE OU TOQUE AQUI PARA INSERIR O TEXTO.**, por meio de regime de credenciamento, declaro para os devidos fins que:

**01.** Assumo integral responsabilidade pelo cumprimento das horas contratadas e dos plantões previamente estabelecidos junto à coordenação da unidade de saúde à qual estou temporariamente lotada, seja na **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)**, **CLIQUE OU TOQUE AQUI PARA INSERIR O TEXTO.** ou qualquer outro serviço vinculado à Rede Municipal de Saúde.

**02.** Comprometo-me a cumprir rigorosamente as escalas estabelecidas, os horários pactuados e a manter a regularidade na prestação dos serviços, com qualidade, ética e assiduidade, conforme previsto nas normas do Edital de Credenciamento e no Termo de Referência correspondente.

**03.** Declaro ainda que toda e qualquer ausência ou alteração nas escalas previamente acordadas será comunicada com a devida antecedência à coordenação da unidade e justificada formalmente, estando ciente de que descumprimentos injustificados poderão acarretar a suspensão ou rescisão do credenciamento, bem como eventual glosa nos pagamentos das horas não prestadas.

**04.** Estou ciente de que a remuneração se dará exclusivamente pelas horas efetivamente trabalhadas e comprovadas por meio das escalas e registros de frequência no ponto eletrônico, conforme homologação pela coordenação responsável.

E, por estar de acordo com todas as cláusulas acima, firmo o presente Termo de Responsabilidade.

Itaberaí-GO., segunda-feira, 9 de junho de 2025.

**Nome**  
Credenciada  
Assinatura digital