



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES - Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 83.102.319/0001-55, com sede na Rua Erich Gielow, nº 35, Centro, Luiz Alves - SC, representado pelo Prefeito Municipal, Excelentíssimo Senhor **MARCOS PEDRO VEBER**, torna público para quem possa interessar, que realizará, de acordo com as disposições deste Edital e nos termos da Lei 8.666/93 e todas as suas alterações, o credenciamento **MEDIANTE CHAMADA PÚBLICA VISANDO A CONTRATAÇÃO DE ENTIDADES PRIVADAS, PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇO DE SAÚDE PARA OS PROCEDIMENTOS, CUJA DESCRIÇÃO TEVE COMO BASE A TABELA DE PROCEDIMENTOS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS (OPM), DISPONÍVEL ATRAVÉS DO SIGTAP – SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

O credenciamento terá como início, o dia **27 de fevereiro de 2019** e encerrará o recebimento dos envelopes no dia **15 de março de 2019**, sendo que estes serão abertos no dia **18 de março de 2019**, às **10h: 00min**.

Para ser credenciado, **além dos documentos exigidos neste edital**, o interessado deverá preencher todas as demais condições nele estabelecidas.

1. DO ENVELOPE

1.1 - Os documentos necessários ao **credenciamento**, que se compõe da **proposta** e da **habilitação**, serão disponibilizados, e encaminhados em **01 (um) único envelope**, lacrado e endereçado à Prefeitura Municipal da seguinte forma:

**PEDIDO DE CREDENCIAMENTO – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS)
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2019 / HABILITAÇÃO OU PROPOSTA
(CONFORME O CASO)**

**SELEÇÃO DE PROPOSTAS MEDIANTE CHAMADA PÚBLICA VISANDO A
CONTRATAÇÃO DE ENTIDADES PRIVADAS, PESSOAS FÍSICAS OU
JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇO DE SAÚDE PARA OS
PROCEDIMENTOS, CUJA DESCRIÇÃO TEVE COMO BASE A TABELA DE
PROCEDIMENTOS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS (OPM), DISPONÍVEL
ATRAVÉS DO SIGTAP-SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE
PROCEDIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

NOME DA INTERESSADA (CNPJ, ENDEREÇO, TELEFONE, E-MAIL):

1.2 – Em relação à retirada deste edital, a mesma far-se-á de **2ª a 6ª feira** (segunda-feira a sexta-feira), das **08h00min às 12h00min horas e das 13h00min às 17h00min horas**, no Setor de Licitações da Prefeitura Municipal sito a Rua Erich Gielow, nº 35, Centro, Luiz Alves – SC ou, **preferencialmente**, no site www.luizalves.sc.gov.br (ícone licitações), ou ainda, requisitado por e-mail (licitação@luizalves.sc.gov.br ou licitacao01@luizalves.sc.gov.br).



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

1.3 - Deverão ser entregues 02 (dois) envelopes separados, indevassáveis, lacrados em seus fechos, cada um deles com identificação clara (digitada, datilografada ou manuscrita de forma legível) do proponente referente à licitação, exceto quando o licitante não se fizer representar, sendo que neste caso, serão apresentados 03 (três) envelopes separados, indevassáveis, lacrados em seus fechos, contendo as referidas identificações, como segue:

1.3.1 - DA SUBSCRIÇÃO DO ENVELOPE 01 – PROPOSTA

ENVELOPE Nº 01 – PROPOSTA (deverá conter a seguinte subscrição):

Sr. (a) Presidente de Comissão

Empresa - CNPJ:

Referente ao Edital de Credenciamento nº 01/2019 (Fundo Municipal de Saúde).

1.3.2 - DA SUBSCRIÇÃO DO ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

ENVELOPE Nº 02 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO (deverá conter a seguinte subscrição):

Sr. (a) Presidente de Comissão

Empresa - CNPJ:

Referente ao Edital de Credenciamento nº 01/2019 (Fundo Municipal de Saúde).

2. DETALHAMENTO DO OBJETO E APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

2.1. DOS VALORES, DO PRAZO E DO TETO FINANCEIRO.

2.1.1 - Os valores a serem pagos pelos serviços contratados, constantes nas Tabelas discriminadas no **ANEXO II-A**, tem como referência a descrição da **TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM), DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DISPONÍVEL ATRAVÉS DO SIGTAP – SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.**

2.1.2 - As despesas decorrentes da contratação para a prestação dos serviços objetos deste Termo de Referência correrão por conta da dotação orçamentária prevista, sendo estipulado o valor global de **R\$ 335.794,30 (Trezentos e Trinta e Cinco Mil, Setecentos e Noventa e Quatro Reais, e Trinta Centavos)** com **previsão de realização em 12 (doze) meses**, levando em conta a Programação Pactuada e Integrada – PPI do município, a disponibilidade de recursos federais, estaduais e próprios, e a necessidade apurada pela Secretaria Municipal de Saúde;

2.1.3 - Os recursos financeiros serão atendidos pela dotação do orçamento vigente, classificadas e codificadas sob nº:

3.3.90.39.50.00.00.00 (30)

3.3.90.39.50.00.00.00 (47)

3.3.90.39.50.00.00.00 (48)

2.2 - DA PROPOSTA (ENVELOPE 01).

2.2.1 - Ser formulada de **preferência**, no **MODELO DE PROPOSTA, ANEXO IX**, ou ainda, em papel timbrado da empresa, apresentada em uma via, constando o nome, endereço completo



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

e carimbada com a Razão Social e o n° do CNPJ, contendo a (s) assinatura (s), a (s) qual (is) deverá (ão) ser identificada (s);

2.2.2 - Ser redigida em linguagem clara, sem rasuras, sem emendas, sem ressalvas e sem entrelinhas.

2.2.3 - Ser datada e ter validade de, **no mínimo, 60 (sessenta) dias**.

2.2.4 - Os preços deverão ser cotados separadamente, **em até 02 (duas) casas decimais após a vírgula**, em moeda nacional, e já deverá estar incluída toda a incidência de impostos, transportes, custos diretos e indiretos relativos ao presente objeto, inclusive todos os encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, securitários e tributários, ou quaisquer outros custos decorrentes ou que venham a serem devidos em razão do objeto deste Edital;

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.2 - **Não poderão participar** as pessoas jurídicas:

3.2.1 - declaradas inidôneas nos termos da lei;

3.2.2 - que tenham falência decretada ou estejam em recuperação judicial, bem como concordatária, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

3.2.3 - impedidas de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública, direta ou indireta;

3.2.4 - que tenham pendências financeiras ou contratuais para com o Município de Luiz Alves e suas entidades da administração direta ou indireta.

3.3 - No presente credenciamento é vedada a participação de empresas ou instituições que estejam em consórcio.

3.4 - Os serviços deverão ser realizados por profissionais habilitados da contratada, em suas dependências e com a utilização de seus equipamentos.

4. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA A HABILITAÇÃO (ENVELOPE 02)

4.1 - Os **pedidos de credenciamento deverão ser apresentados juntamente com a documentação necessária**, como segue:

4.1.1 - Da habilitação jurídica

4.1.1.1 - **Cópia do Contrato Social e Alterações posteriores**, e/ou cópia da **última Alteração Consolidada**, registrado na Junta Comercial do Estado, devidamente autenticado;

4.1.1.2 - Em se tratando de Firma Individual o **Registro Comercial**;

4.1.1.3 - Em se tratando de Sociedade por Ações, o **Ato Constitutivo** acompanhado da ata da eleição da diretoria em exercício.

4.1.1.4 – Todos os documentos relativos à habilitação jurídica deverão ser autenticados.

4.1.2 - Da regularidade fiscal e trabalhista

4.1.2.1 – Inscrição do **CNPJ**;



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

4.1.2.2 - Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal** de origem da empresa;

4.1.2.3 - Prova de regularidade com a **Fazenda Estadual**;

4.1.2.4 – Prova de regularidade com os **débitos relativos aos tributos federais e a dívida ativa da união** que abrange os créditos tributários da Receita Federal do Brasil (RFB), da PGFN (Dívida Ativa da União Junto a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional) e as contribuições sociais previstas nas alíneas ‘a’ a ‘d’ do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

4.1.2.5 - Prova de regularidade com **FGTS**;

4.1.2.6 – Prova de inexistência de **débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho**, mediante a apresentação de certidão negativa, emitida através do site: www.tst.jus.br/certidao.

4.1.3 - Qualificação Econômico-Financeira

4.1.3.1 - **Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial** expedida pelos distribuidores da sede do juízo da comarca da pessoa jurídica.

4.1.4 - Qualificação Técnica

4.1.4.1 - **Alvará Sanitário** fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica;

4.1.4.2 - **Certidão de responsabilidade técnica** da empresa.

4.1.4.3 - **Certificado de Especialista**.

4.1.4.4 – **Deverão** apresentar também os seguintes documentos:

4.2 - **Registro ou Inscrição da entidade no respectivo Conselho Regional de Classe e o Certificado de Regularidade Funcional do Estabelecimento** junto a este mesmo Conselho;

4.3 - **Licença de funcionamento do interessado**, concedido pelo respectivo município;

4.4 - **Comprovante de cadastramento no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**.

4.5 - **DEVERÃO APRESENTAR AINDA**, as declarações constantes nos anexos, assinadas por quem de direito, e de preferência, com carimbo da empresa com CNPJ.

4.5.1 - **DECLARAÇÃO DE QUE ATENDE O INCISO V DO ART. 27 DA LEI 8.666/93**, constante no ANEXO III, de que **NÃO POSSUI EM SEU QUADRO DE PESSOAL, EMPREGADOS MENORES DE 18 ANOS, EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE, OU EM QUALQUER TRABALHO, MENORES DE 16 ANOS, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ, A PARTIR DE 14 ANOS**;

4.5.2 - **DECLARAÇÃO NEGATIVA DE PARENTESCO QUE ATENDE O ARTIGO 9 SEUS INCISOS E PARÁGRAFOS DA LEI 8.666/93**, conforme modelo constante no ANEXO IV;

4.5.3 - **DECLARAÇÃO DE QUE ACEITA AS CONDIÇÕES IMPOSTAS PELO EDITAL** de credenciamento, conforme modelo constante no ANEXO V;



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

4.5.4 - **DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE FISCAL**, conforme modelo constante do **ANEXO VI** deste Edital.

4.5.5 - **DECLARAÇÃO, SOB AS PENALIDADES CABÍVEIS, DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO**, conforme modelo constante do **ANEXO VII** deste Edital.

4.6 – **CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DA EMPRESA**, listando os profissionais que exercem atividade laborativa na CREDENCIADA, de acordo com o CNES, bem como a relação de exames constante na tabela SIGTAP (Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS), para baixa e média complexidade, disponível no endereço eletrônico www.sigtap.saude.gov.br/ms.

4.7 - **Não serão aceitas cópias tiradas em aparelho de fax**, devendo, todos os documentos oriundos de outros originais, **serem devidamente autenticados**, sendo que a verificação de autenticidade poderá ser realizada pela comissão, caso algum documento apresente fundada suspeita.

4.8 - **Todos os documentos que contenham prazo de validade deverão estar em plena vigência**. Para aqueles documentos sem data de vencimento, **sua validade será de 90 (noventa) dias**, contados da sua expedição.

4.9 - Serão desconsideradas as cópias rasuradas, ilegíveis, apagadas ou que apresentarem qualquer defeito capaz de colocar em dúvida a sua fidelidade.

4.10 – O credenciado, caso o contrato venha a ser prorrogado, ficará sujeito à comprovação das mesmas condições habilitatórias do início do contrato.

4.11 - **Os documentos para o credenciamento que necessitem de autenticação**, somente serão autenticados por esta municipalidade **até às 16h00min horas do último dia útil anterior à abertura dos envelopes**, marcada inicialmente para **18 de março de 2019, às 10h: 00min**.

4.12 – DA HABILITAÇÃO DE MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL (MEI), MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE.

4.12.1 – Os Microempreendedores Individuais (MEI), as microempresas ou empresas de pequeno porte, para utilizarem-se dos benefícios introduzidos pela Lei Complementar nº 123/2006, de 14 de dezembro de 2006, deverão comprovar sua condição conforme constante no **ANEXO VIII (DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE)** deste edital, através da apresentação anexada **JUNTAMENTE À HABILITAÇÃO (ENVELOPE 02)**, conforme o caso abaixo:

- a) Para as empresas registradas na Junta Comercial – Certidão de enquadramento expedida pela Junta Comercial, conforme Instrução Normativa nº 103/2007 do Departamento Nacional de Registro do Comércio, ou;
- b) Para as empresas registradas no Registro Civil de Pessoas Jurídicas – Declaração nos termos do **ANEXO VIII (DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE)**;
- c) Para os Microempreendedores Individuais (MEI), apenas o Certificado de Condição de Microempreendedor Individual.



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

4.12.2 – A ausência da comprovação a que se refere o item 4.12.1 **não enseja a inabilitação do licitante**, mas não tendo, no entanto, os benefícios da Lei Complementar nº 123/2006 e alterações.

4.13 - A **Comissão Permanente de Licitação** verificará, ainda, **sob pena de inabilitação**, da entidade prestadora dos referidos serviços:

4.13.1 - A existência de registros impeditivos da contratação, no CADASTRO NACIONAL DE EMPRESAS INIDÔNEAS E SUSPENSAS / CGU, disponível no Portal da Transparência - <http://www.portaltransparencia.gov.br/>, além da habitual pesquisa já realizada no módulo SICAF do sistema SIASG (consulta por CNPJ), em atenção ao art. 97, caput e parágrafo único da Lei nº 8.666/93;

4.13.2 - O CNIA (Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa) – Cadastro Nacional do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, mediante acesso no site http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php, com consulta pelo CNPJ;

4.13.3 - Lista de declarados irregulares, inidôneos e inabilitados pelo Tribunal de Contas da União – TCU, disponível no site <https://portal.tcu.gov.br/responsabilizacao-publica/licitantes-inidoneos/>.

4.14 – Sendo constatado qualquer impedimento de licitar ou contratar por parte do licitante em qualquer das consultas anteriores, o mesmo será inabilitado.

4.15 - A Comissão Permanente de Licitação poderá consultar sítios oficiais de órgãos e entidades emissoras de certidões para verificar as condições de habilitação dos licitantes.

5. DESCRIÇÃO DO LOCAL DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1 - A **descrição do local e execução dos serviços** obedecerá aos seguintes critérios:

5.1.1 - A Necessidade da Secretaria;

5.2 - A **capacidade instalada do Prestador**, observando-se o seguinte:

I - Qualificação Técnica e RH disponível

II – Parque tecnológico disponível, incluindo Unidades de Postos de, quando aplicável;

III – Localização da sede do serviço, de forma a proporcionar melhor acesso aos usuários, levando-se em conta a regionalização geográfica, consideradas a distancia e o acesso de transporte público ou facilidade de deslocamento;

IV - Capacidade de oferta, declarada pelo prestador.

Parágrafo Único: **Terão prioridade na contratação, as instituições filantrópicas as sem fins lucrativos, conforme previsto no art. 25 da Lei nº. 8.080/90.**

5.3 - Os prestadores integração o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, ou outro sistema utilizado pela SMS, destinando equipamentos necessários para operacionalização do mesmo e indicando os profissionais para receberem o treinamento necessário para operar o sistema, o qual será ministrado pela SMS de Luiz Alves, se submetendo, enfim, às regras do referido sistema;



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

5.4 - Os prestadores deverão atender somente pacientes agendados/autorizados pelo sistema de regulação adotado pelo município (SISREG – CELK e/ou outro a ser indicado), disponibilizando uma agenda de horários para consultas e coleta, em dias úteis, na proporção da capacidade instalada e do serviço contratado, calculado, especialmente em quantidade de exames contratados.

5.5 - Os prestadores deverão manter a área física da unidade credenciada de acordo com as normas da Vigilância Sanitária e outras afins.

5.6 - Os **prestadores deverão fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, em um prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis.**

5.7 - Os prestadores não poderão fazer qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela SMS e os demais pacientes atendidos;

5.8 - Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na tabela, em conformidade com cada modalidade de exame de diagnose, os quais serão realizados, sem qualquer custo ao usuário do SUS, bem como nenhuma cobrança adicional para a SMS de material para coleta, realização e entrega dos resultados dos exames realizados, sendo que eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

5.9 - Os prestadores deverão apresentar a produção realizada mensalmente, **entregando o Relatório de Produção para o Departamento de Compras da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves, até o 5º dia útil de cada mês**, subsequente à produção.

5.10 - Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS durante a vigência do contrato.

5.11 - Os prestadores deverão participar de mutirões que possam vir a ser solicitados, pela SMS, mediante regras reguladas pela mesma, os quais serão pactuados previamente.

5.12 - Os prestadores encaminharão planilhas e relatórios que eventualmente sejam solicitados pela SMS, a fim de proporcionar análise e planejamento por parte dos sistemas regulatórios do município, relativamente aos exames autorizados pelo SUS.

5.13 - Seremos garantidos o acesso dos conselheiros de saúde nos estabelecimentos vinculados ao SUS, desde que devidamente identificados e com prévia comunicação ao prestador, de modo a garantir o exercício do controle social sobre o serviço contratado.

5.14 - O Fundo Municipal de Saúde reserva-se o direito de somente efetuar o pagamento à empresa credenciada, quando esta, houver cumprido a entrega da totalidade dos exames solicitados na ocasião, e obedecidos os prazos e metodologias constantes neste Termo de Referência.

5.15 - Fica reservada a Secretaria de Saúde a faculdade de cancelar, no todo ou em parte, adiar, revogar, prorrogar ou anular a presente Chamada Pública, de acordo com seus interesses, sem direito, às entidades, a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação.

5.16 - É facultada a Comissão Permanente de Licitação ou autoridade superior, em qualquer fase do processo, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução deste.



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

5.17 - Para a prestação do serviço em **consultas especializadas**, o prestador deverá prestar no **Centro de Saúde Américo Luciani**, evitando para o Fundo Municipal de Saúde gasto com transporte de pacientes.

5.18 - Para a **prestação do serviço em Ultrassonografia**, o prestador deverá prestar no **Centro de Saúde Américo Luciani, usando o aparelho disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.**

6. JUSTIFICATIVA

6.1 - O município de Luiz Alves possui demanda reprimida de exames e consultas especializadas, necessitando dispor de credenciamento. As cotas do Sistema Único de Saúde (SUS) são disponibilizadas para o município via PPI (Programação Pactuada Integrada), o que não supre a necessidade apresentada.

6.2 - Com o intuito de agilizar a demanda, de exames e consultas especializadas, será realizada compra de serviço em forma de chamada pública e os valores serão de acordo com a tabela SIA/SUS, de acordo com consulta no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) e complementado baseado em pesquisa de preço, que na junção dos valores é o que se pratica no mercado. Os valores praticados pela Consórcio Intermunicipal de Saúde da Foz do Rio Itajaí, CIS-AMFRI, também foram orientadores do processo. O valor do contraste e a sonda utilizados na realização de Ressonância Magnética Infantil também foram submetidos a pesquisas de preço e o menor valor está sendo aplicado no anexo deste edital.

7. DO PRAZO E DA FORMA DE PAGAMENTO

7.1 - O credenciado deverá prestar o serviço no **prazo máximo de 22 (vinte e dois) dias úteis a contar da data da autorização de fornecimento**, salvo, casos de prioridade que esta Secretaria de Saúde poderá solicitar antecipação deste prazo.

7.2 - Os pagamentos serão efetuados mensalmente, diretamente na conta corrente informada pela credenciada, conforme o número de solicitações da Secretaria de Saúde/Requisições/autorizações efetivamente fornecidos, mediante apresentação da competente Nota Fiscal, no **prazo de até 30 (trinta) dias**, descontados os encargos previstos em lei.

8 - DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 – Para que ninguém alegue ignorância foi o presente Edital afixado no mural de publicações da Prefeitura Municipal de Luiz Alves oficializado através do Decreto nº 040/2007 de 09/08/2007, junto a **Portaria nº 454/2018** de Nomeação da Comissão Permanente de Licitação, feita pela Secretaria de Administração da Prefeitura Municipal de Luiz Alves.

Luiz Alves, 22 de fevereiro de 2019.

Marcos Pedro Veber
Prefeito Municipal

Juliana Rodrigues de Brito Wust
Secretária Municipal de Saúde



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

ANEXO I

**CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019**

MINUTA DE CONTRATO Nº ____/2019

O **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**, inscrito no CNPJ sob n.º 83.102.319/0001-55, situado à Rua Erich Gielow, n.º 35 – Centro – Luiz Alves (SC), neste ato representado pelo **SENHOR PREFEITO MUNICIPAL MARCOS PEDRO VEBER**, no uso de suas atribuições, e, de outro lado, a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, com sede à _____, doravante denominada **CREDENCIADA**, representada por _____, resolvem celebrar o presente Termo de Credenciamento para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA OS PROCEDIMENTOS DESCRITOS, CUJA DESCRIÇÃO FOI BASEADA NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM)**, sujeitando-se as partes às normas disciplinares da Lei n.º 8.666/93 e às seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

CONTRATAÇÃO DE ENTIDADES PRIVADAS, PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇO DE SAÚDE PARA OS PROCEDIMENTOS, CUJA DESCRIÇÃO TEVE COMO BASE A TABELA DE PROCEDIMENTOS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS (OPM), DISPONÍVEL ATRAVÉS DO SIGTAP - SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Parágrafo Único: Para o desempenho de suas atividades, a CREDENCIADA, colocará para atendimento à população do Município de Luiz Alves, suas instalações, seus equipamentos e quadro técnico-profissional próprio, exceto quanto ao atendimento dos subitens 5.17 e 5.18 do edital.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

1. Os usuários do SUS serão atendidos nas dependências da CREDENCIADA, mediante o Guia de Agendamento Regulada expedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves.
2. A CREDENCIADA compromete-se a prestar aos usuários do SUS, tratamento idêntico ao dispensado a particulares.
3. A CREDENCIADA deverá prestar o serviço, com agendamento prévio, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde no prazo máximo de 10 dias após o 1º contato, exceto em casos de prioridade que esta Secretaria poderá solicitar antecipação desse prazo.
4. Os prestadores deverão fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, em um **prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS PREÇOS E DOS CRITÉRIOS DE REAJUSTAMENTO E FORMA DE PAGAMENTO

1. O Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves pagará pelos serviços prestados conforme preços constantes no **ANEXO II-A / TABELA DE PROCEDIMENTOS**.



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

2. Quanto ao processamento, faturamento e forma de pagamento:

I – Após o cumprimento dos procedimentos do inciso anterior, a CREDENCIADA emitirá Nota Fiscal de Prestação de Serviços.

II – O pagamento se dará após a efetiva liquidação da despesa, obedecendo à ordem cronológica de pagamentos da Tesouraria Municipal.

III – O **preço máximo global** previsto para o período de **12 (doze) meses** será de **R\$ 335.794,30 (Trezentos e Trinta e Cinco Mil, Setecentos e Noventa e Quatro Reais, e Trinta Centavos)**.

CLAUSULA QUARTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

1. Quanto à dotação orçamentária, a despesa no presente exercício correrá à Conta do Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves, nos elementos de despesa:

3.3.90.39.50.00.00.00 (30)

3.3.90.39.50.00.00.00 (47)

3.3.90.39.50.00.00.00 (48)

CLÁUSULA QUINTA: DA RESPONSABILIDADE DO FUNDO MUNICIPAL DE LUIZ ALVES

1. Compromete-se a efetuar o pagamento das faturas conforme estrita ordem cronológica de pagamentos.

CLÁUSULA SEXTA: DA RESPONSABILIDADE E OBRIGAÇÃO DA CREDENCIADA

1. A CREDENCIADA é responsável por possíveis danos causados a Prefeitura Municipal de Luiz Alves e aos usuários do SUS, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução dos seus serviços, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pela Prefeitura Municipal de Luiz Alves.

2. A CREDENCIADA obriga-se a manter, durante a inteira execução do Termo de Credenciamento, todas as condições de habilitação e regularidades exigidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas por ocasião da assinatura do Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA VIGÊNCIA E DA VALIDADE

1. A **vigência do Termo de Credenciamento será até ___ de _____ de _____**, podendo ser prorrogado obedecendo ao limite previsto no artigo 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93.

2. A empresa prestará os referidos serviços no valor de **R\$ _____,_____,**
(_____).

3. O referido limite será regulado e controlado pela Secretaria Municipal de Saúde, através do SISREG, quando da autorização dos exames a serem realizados, bem como mediante a produção apresentada pela CREDENCIADA mensalmente, cabendo a Secretaria de Saúde comunicar ao Fundo Municipal de Saúde, bem como a CREDENCIADA, a descontinuidade dos serviços, pelo limite financeiro atingido.

CLÁUSULA OITAVA: DA FISCALIZAÇÃO



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

1. Caberá ao Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves fiscalizar por meio da Secretaria Municipal de Saúde, os serviços constantes no Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA NONA: DA RESCISÃO

1. O não cumprimento de qualquer cláusula ou condição prevista no termo de Credenciamento ou ainda, a inobservância das previsões legais contidas nos artigos 58, II, 77, 78, I ao III e 86, §1º, todos da Lei 8.666/93, bem como futuras modificações ou acréscimos pertinentes à Lei que rege os contratos, administrativos, acarretará para o Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves, o direito de rescindi-lo. Poderá, ainda, o Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves a seu exclusivo critério, oportunidade e conveniência, rescindir unilateralmente o termo de Credenciamento, devendo para isso, avisar a CREDENCIADA com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2. A CREDENCIADA deverá comunicar, por escrito e com justificativa, a CONTRATANTE, qualquer fato superveniente que acarrete o descredenciamento, mediante aviso prévio mínimo de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA: DAS SANÇÕES PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO

1. Em caso de inexecução parcial ou total das condições fixadas neste processo, erros ou atrasos na execução do objeto e quaisquer outras irregularidades, a Prefeitura Municipal de Luiz Alves poderá, isolada ou cumulativamente, respeitado o contraditório e a ampla defesa, aplicar a adjudicatária as seguintes penalidades.

I – Advertência: sempre que forem observadas irregularidades de pequena monta para as quais tenha concorrido;

II – Multa Moratória: de 2% (dois por cento) por dia de atraso, calculada sobre o valor da obrigação não cumprida dentro do prazo contratual, na hipótese de atraso injustificado;

III – Multa Compensatória: nas seguintes ocorrências:

a) de 20% (vinte por cento) do total de preços registrados, caso haja recusa em assinar o contrato.

b) de 20% (vinte por cento) sobre o valor do (s) exame (s) não entregue (s) – observando-se que, independentemente da data de emissão do documento fiscal da empresa, a efetividade da prestação do serviço se dará no momento em que é atestado o recebimento e totalidade dos exames realizados, via Relatório apresentado pela empresa e aceito, hipótese esta caracterizada, conforme o caso, como inexecução parcial ou total do ajuste.

c) de 20% (vinte por cento) sobre o valor adjudicado pelo inadimplemento de quaisquer outras cláusulas, também podendo caracterizar inexecução parcial ou total do ajuste, dependendo do caso.

Parágrafo único: Nos termos do § 3º do art. 86 e do § 1º do art. 87 da Lei nº 8.666/93, a multa, caso aplicada após o regular processo administrativo, será descontada do pagamento eventualmente devido à empresa detentora, e ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente, em conformidade com a legislação específica.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DO FORO

1. Fica eleito o foro da cidade de **NAVEGANTES (SC)**, para dirimir qualquer dúvida oriunda da execução deste Termo de Credenciamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

2. E para firmeza e validade do que foi pactuado, como prova indubitável do acordo de vontades que ora se bilateraliza, lavrou-se o presente Termo de Credenciamento em 03 (três) vias de igual



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

teor e forma, para que surtam um só efeito, as quais depois de lidas são assinadas pelos representantes das partes.

Luiz Alves, _____ de _____ de 2019.

MARCOS PEDRO VEBER
PREFEITO MUNICIPAL

CRENCIADA



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

ANEXO II

**CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019**

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

SELEÇÃO DE PROPOSTAS MEDIANTE CHAMADA PÚBLICA VISANDO A CONTRATAÇÃO DE ENTIDADES PRIVADAS, PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇO DE SAÚDE PARA OS PROCEDIMENTOS, CUJA DESCRIÇÃO TEVE COMO BASE A TABELA DE PROCEDIMENTOS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS (OPM), DISPONÍVEL ATRAVÉS DO SIGTAP – SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Com apoio contido no art. 16 da Lei 8080, de 19/09/1990, no que tange a elaboração de normas para regulação das relações entre o SUS e os serviços privados de assistência à saúde e a aplicabilidade da lei 8.666, de 21/06/1993 e da legislação complementar e da Portaria 399/GM de 22/02/2006, que aprova o Pacto pela Saúde, bem como a regulamentação promovida pela Portaria 699/GM, de 30/03/2006, das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e a previsão contida na Portaria 1034, de 05/05/2010, que “dispõe acerca da participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência a saúde, no âmbito do Sistema único de Saúde” a SMS de LUIZ ALVES faz saber que:

Necessita selecionar e contratar entidades privadas, pessoas jurídicas, com ou sem fins lucrativos, prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar de forma complementar ao SUS – Sistema Único de Saúde do Município de Luiz Alves, na oferta de consultas especializadas, exames de diagnose, em caráter ambulatorial, pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogável por mesmo período, caso haja necessidade.

O objeto deste credenciamento, especificado acima, se encontra-se disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br>; Também pesquisa de preço aplicáveis no mercado para os itens que necessitar de complemento, como ainda pesquisa na CIS-AMFRI (Consórcio Intermunicipal de Saúde – Associação dos Municípios da Região Foz do Rio Itajaí), no endereço eletrônico: <https://cisamfri.celk.com.br/>.

2. DETALHAMENTO DO OBJETO

2.1. DOS VALORES, DO PRAZO E DO TETO FINANCEIRO

2.2 Os valores a serem pagos pelos serviços contratados, constantes nos lotes discriminados no ANEXO II-A, tem como referencia a descrição da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM), do Ministério da Saúde disponível através do SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde – SUS. O complemento do valor foi baseado em pesquisa de preço, que na sua junção dos valores é o que se pratica no mercado.

2.3 As despesas decorrentes da contratação para a prestação dos serviços objetos deste Termo de Referencia correrão por conta da dotação orçamentária prevista, sendo estipulado o **valor global de R\$ 335.794,30 (Trezentos e Trinta e Cinco Mil, Setecentos e Noventa e Quatro Reais, e Trinta Centavos)** previsão de realização em **até 12 (doze) meses**, levando em conta a



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

Programação Pactuada e Integrada – PPI do município, a disponibilidade de recursos federais, estaduais e próprios, e a necessidade apurada pela Secretaria Municipal de Saúde;

3. DESCRIÇÃO DO LOCAL DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

A descrição do local e execução dos serviços obedecerá aos seguintes critérios:

3.1 - A Necessidade da Secretaria;

3.2 - A capacidade instalada do Prestador, observando-se o seguinte:

I - Qualificação Técnica e RH disponível

II – Parque tecnológico disponível, incluindo Unidades de Postos de Coleta, quando aplicável;

III – Localização da sede do serviço, de forma a proporcionar melhor acesso aos usuários, levando-se em conta a regionalização geográfica, consideradas a distancia e o acesso de transporte público ou facilidade de deslocamento;

IV - Capacidade de oferta, declarada pelo prestador.

Parágrafo Único: Terão prioridade na contratação as instituições filantrópicas as sem fins lucrativos, conforme previsto no art. 25 da Lei nº. 8.080/90.

3.3 Os prestadores integrarão o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, ou outro sistema utilizado pela SMS, destinando equipamentos necessários para operacionalização do mesmo e indicando os profissionais para receberem o treinamento necessário para operar o sistema, o qual será ministrado pela SMS de Luiz Alves, se submetendo, enfim, às regras do referido sistema;

3.4 Os prestadores deverão atender somente pacientes agendados/autorizados pelo sistema de regulação adotado pelo município (SISREG, CELK e/ou outro a ser indicado), disponibilizando uma agenda de horários para consultas e coleta, em dias úteis, na proporção da capacidade instalada e do serviço contratado, calculado, especialmente em quantidade de exames contratados.

3.5 Os prestadores deverão manter a área física da unidade credenciada de acordo com as normas da Vigilância Sanitária e outras afins.

3.6 Os prestadores deverão fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, em um prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis.

3.7 Os prestadores não poderão fazer qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela SMS e os demais pacientes atendidos;

3.8 Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na tabela, em conformidade com cada modalidade de exame de diagnose, os quais serão realizados, sem qualquer custo ao usuário do SUS, bem como nenhuma cobrança adicional para a SMS de material para coleta, realização e entrega dos resultados dos exames realizados, sendo que eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

3.9 Os prestadores deverão apresentar a produção realizada mensalmente, entregando o Relatório de Produção para o Departamento de Compras da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves, até o 5º dia útil de cada mês, subseqüente à produção.



ESTADO DE SANTA CATARINA FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

3.10 Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS durante a vigência do contrato.

3.11 Os prestadores deverão participar de mutirões que possam vir a ser solicitados, pela SMS, mediante regras reguladas pela mesma, os quais serão pactuados previamente.

3.12 Os prestadores encaminharão planilhas e relatórios que eventualmente sejam solicitados pela SMS, a fim de proporcionar análise e planejamento por parte dos sistemas regulatórios do município, relativamente aos exames autorizados pelo SUS.

3.13 Teremos garantidos o acesso dos conselheiros de saúde nos estabelecimentos vinculados ao SUS, desde que devidamente identificados e com prévia comunicação ao prestador, de modo a garantir o exercício do controle social sobre o serviço contratado.

3.14 O Fundo Municipal de Saúde reserva-se o direito de somente efetuar o pagamento à empresa credenciada, quando esta, houver cumprido a entrega da totalidade dos exames solicitados na ocasião, e obedecidos os prazos e metodologias constantes neste Termo de Referência.

3.15 Fica reservada a Secretaria de Saúde a faculdade de cancelar, no todo ou em parte, adiar, revogar, prorrogar ou anular a presente Chamada Pública, de acordo com seus interesses, sem direito, às entidades, a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação.

3.16 É facultada a Comissão de Licitação ou Autoridade superior, em qualquer fase do processo, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução deste.

3.17 Para a prestação do serviço em consultas especializadas, o prestador deverá prestar no Centro de Saúde Américo Luciani, evitando para o Fundo Municipal de Saúde gasto com transporte de pacientes.

3.18 Para a prestação do serviço em Ultrassonografia, o prestador deverá prestar no Centro de Saúde Américo Luciani, usando o aparelho disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

4. JUSTIFICATIVA

O município de Luiz Alves possui demanda reprimida de exames e consultas especializadas, necessitando dispor de credenciamento. As cotas do Sistema Único de Saúde (SUS) são disponibilizadas para o município via PPI (Programação Pactuada Integrada), o que não supre a necessidade apresentada.

Com o intuito de agilizar a demanda, de exames e consultas especializadas, será realizada compra de serviço em forma de chamada pública e os valores serão de acordo com a tabela SIA/SUS, de acordo com consulta no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) e complementado baseado em pesquisa de preço, que na junção dos valores é o que se pratica no mercado. Os valores praticados pela Consórcio Intermunicipal de Saúde da Foz do Rio Itajaí, CIS-AMFRI, também foram orientadores do processo. O valor do contraste e a sonda utilizados na realização de Ressonância Magnética Infantil também foram submetidos a pesquisas de preço e o menor valor esta sendo aplicado no anexo deste edital.

5. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

5.1. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

5.1.1. Alvará Sanitário fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica;

5.1.2. Certidão de responsabilidade técnica da empresa.

5.1.3. Certificado de Especialista.

6. DO PRAZO

O credenciado deverá prestar o serviço no prazo máximo de vinte e dois dias úteis a contar da data da autorização de fornecimento, salvo, casos de prioridade que esta Secretaria de Saúde poderá solicitar antecipação deste prazo.

7. FORMA DE PAGAMENTO

7.1 Os pagamentos serão efetuados mensalmente, diretamente na conta corrente informada pela credenciada, conforme o número de solicitações da Secretaria de Saúde/Requisições/autorizações efetivamente fornecidos, mediante apresentação da competente Nota Fiscal, no prazo de até 30 (trinta) dias, descontados os encargos previstos em lei.

**JULIANA RODRIGUES DE BRITO WUST
SECRETÁRIA DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO II-A

DOS PROCEDIMENTOS

CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019

TABELA 1

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 05 – Diagnóstico por Ultrassonografia Forma de Organização: 02 – Ultra-sonografias dos demais sistemas								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Articulação	0205020062	24,20	25,80	50,00	1.080	54.000,00	26.136,00	27.864,00
Pélvica	0205020160							
Transvaginal	0205020186							
Mamaria Bilateral	0205020097							
Bolsa Escrotal	0205020070							
Próstata via abdômen	0205020100							
Abdômen Superior	0205020038							
Aparelho Urinário	0205020054							
Obstétrica	0205020143							
Abdômen Total	0205020046	37,95	22,05	60,00	120	7.200,00	4.554,00	2.646,00
VALOR TOTAL DA TABELA						61.200,00	30.690,00	30.510,00

TABELA 2

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 05 – Diagnóstico por Ultrassonografia Forma de Organização: 01 – Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica)								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Doppler Membro Inferior; Carótidas e vertebrais	0205010040	39,60	110,40	150,00	120	18.000,00	4.752,00	13.248,00



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

Doppler de fluxo obstétrico	0205010059	42,90	157,10	200,00	36	7.200,00	1.544,40	5.655,60
VALOR TOTAL DA TABELA						25.200,00	6.296,40	18.903,60

TABELA 3

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 04 – Diagnóstico por radiologia Forma de Organização: 06 – Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Densitometria óssea duo-energética de coluna (vertebras lombares) e fêmur	0204060028	55,10	4,90	60,00	100	6.000,00	5.510,00	490,00
VALOR TOTAL DA TABELA						6.000,00	5.510,00	490,00

TABELA 4

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 09 – Diagnóstico por Endoscopia Forma de Organização: 01 – Aparelho digestivo								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Colonoscopia (inclui códigos 0209010053, 0201010372 e 0301010072)	0209010029	171,62	128,38	300,00	100	30.000,00	17.162,00	12.838,00
VALOR TOTAL DA TABELA						30.000,00	17.162,00	12.838,00

TABELA 5

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 09 – Diagnóstico por Endoscopia Forma de Organização: 01 – Aparelho digestivo								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Esofagogastroduodenoscopia (inclui 0303070056, 0202030288 e 0301010072)	0209010037	122,57	107,43	230,00	250	57.500,00	30.642,50	26.857,50
VALOR TOTAL DA TABELA						57.500,00	30.642,50	26.857,50

TABELA 6

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 05 – Diagnóstico por Ultrassonografia Forma de Organização: 01 – Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica)								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtde	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Ecocardiograma Transtorácico (inclui 0301010072)	0205010032	49,94	20,06	70,00	20	1.400,00	998,80	401,20
Ecocardiograma Transesofágico	0205010024	165,00	20,00	185,00	10	1.850,00	1.650,00	200,00
Ecocardiografia de Estresse	0205010016	165,00	20,00	185,00	10	1.850,00	1.650,00	200,00
VALOR TOTAL DA TABELA						5.100,00	4.298,80	801,20

TABELA 7

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 11 – Métodos Diagnósticos em Especialidade Forma de Organização: 02 – Diagnóstico em Cardiologia								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Teste Esforço/Teste Ergométrico (inclui 0301010072)	0211020060	40,00	50,00	90,00	39	3.510,00	1.560,00	1.950,00



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

VALOR TOTAL DA TABELA					3.510,00	1.560,00	1.950,00
-----------------------	--	--	--	--	----------	----------	----------

TABELA 8

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 06 – Diagnóstico por tomografia Forma de Organização: 01 – Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebra Forma de Organização: 02 – Tomografia do tórax e membros superiores Forma de Organização: 03 – Tomografia do abdômen, pelve e membros inferiores								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
TC de Crânio	0206010079	97,44	30,00	127,44	30	3.823,20	2.923,20	900,00
TC Coluna Lombo Sacra.	0206010028	101,10	30,00	131,10	30	3.933,00	3.033,00	900,00
TC Membro Superior	0206020015	86,75	30,00	116,75	30	3.502,50	2.602,50	900,00
TC Membro Inferior	0206030029	86,75	30,00	116,75	30	3.502,50	2.602,50	900,00
TC Coluna Cervical	0206010010	86,76	30,00	116,76	30	3.502,80	2.602,80	900,00
TC Coluna Torácica	0206010036	86,76	30,00	116,76	20	2.335,20	1.735,20	600,00
TC face/seios da Face/ Temp. Mandibulares.	0206010044	86,75	30,00	116,75	5	583,75	433,75	150,00
TC Pescoço	0206010052	86,75	30,00	116,75	5	583,75	433,75	150,00
TC Seguintos Apendiculares	0206020023	86,75	30,00	116,75	5	583,75	433,75	150,00
TC Abdômen Superior	0206030010	138,63	30,00	168,63	30	5.058,90	4.158,90	900,00
TC Pelve/Bacia (Abdômen Inferior)	0206030037	138,63	30,00	168,63	30	5.058,90	4.158,90	900,00
TC Tórax	0206020031	136,41	30,00	166,41	30	4.992,30	4.092,30	900,00
VALOR TOTAL DA TABELA						37.460,55	29.210,55	8.250,00

TABELA 9

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 07 – Diagnóstico por ressonância magnética Forma de Organização: 01 – RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral Forma de Organização: 02 – RM do tórax e membros superiores Forma de Organização: 03 – RM do abdômen, pelve e membros inferiores								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

RNM articulação temporomandibular (bilateral)	0207010021	268,75	42,00	310,75	300	93.225,00	80.625,00	12.600,00
RNM Coluna Cervical/Pescoço	0207010030	268,75	42,00	310,75				
RNM Coluna Lombo Sacra	0207010048	268,75	42,00	310,75				
RNM Coluna Torácica	0207010058	268,75	42,00	310,75				
RNM Crânio	0207010064	268,75	42,00	310,75				
RNM Sela Turcica	0207010072	268,75	42,00	310,75				
RNM Tórax	0207020035	268,75	42,00	310,75				
RNM Abdômen Superior	0207030014	268,75	42,00	310,75				
RNM Pelve/Bacia/ Abdômen Inferior	0207030022	268,75	42,00	310,75				
VALOR TOTAL DA TABELA						93.225,00	80.625,00	12.600,00

TABELA 10

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 07 – Diagnóstico por ressonância magnética Forma de Organização: 01 – RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
RNM de Crânio Infantil	0207010064	268,75	300,00	568,75	5	2.843,75	1.343,75	1500,00
VALOR TOTAL DA TABELA						2.843,75	1.343,75	1.500,00

TABELA 11

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 11 – Métodos diagnósticos em especialidades Forma de Organização: 05 – Diagnóstico em neurologia								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Eletroneuro miografia	0211050083	27,00	63,00	90,00	50	4.500,00	1.350,00	3.150,00
VALOR TOTAL DA TABELA						4.500,00	1.350,00	3.150,00



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

TABELA 12

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
Grupo: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica Sub-Grupo: 11 – Métodos diagnósticos em especialidades Forma de Organização: 07 – Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva/ Procedimento (inclui consulta)	0211070149	23,51	23,49	47,00	30	1.410,00	705,30	704,70
Audiometria em campo livre (inclui consulta)	0211070033	30,13	30,87	61,00	30	1.830,00	903,90	926,10
Audiometria tonal limiar (via aérea/óssea) (inclui consulta)	0211070041	31,00	31,00	62,00	30	1.860,00	930,00	930,00
Logoaudiometria (LDV-IRF-LRF) (inclui consulta)	0211070211	36,25	36,25	72,50	30	2.175,00	1.087,50	1.087,50
Imitanciometria (inclui consulta)	0211070203	33,00	33,00	66,00	30	1.980,00	990,00	990,00
VALOR TOTAL DA TABELA						9.255,00	4.616,70	4.638,30

VALOR TOTAL DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS (Duzentos e Treze Mil, Trezentos e Cinco Reais e Setenta Centavos).	R\$ 213.305,70
--	-----------------------

VALOR TOTAL DE RECURSOS PRÓPRIOS (Cento e Vinte e Dois Mil, Quatrocentos e Oitenta e Oito Reais e Sessenta Centavos).	R\$ 122.488,60
--	-----------------------

VALOR TOTAL (Trezentos e Trinta e Cinco Mil, Setecentos e Noventa e Quatro Reais, e Trinta Centavos).	R\$ 335.794,30
--	-----------------------

JULIANA RODRIGUES DE BRITO WUST
SECRETÁRIA DE SAÚDE DE LUIZ ALVES



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

ANEXO III

**CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE
EM RELAÇÃO AO INCISO V DO ART. 27 DA LEI 8.666/93**

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

A empresa _____, estabelecida na _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, neste ato representada pelo seu _____, no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, para fins de participação no processo licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que nos termos do § 6º inciso V do art. 27 da Lei nº 6.544, de 22 de março de 1989, encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere a observância do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal do Brasil, não possuir em seu quadro funcional menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menor de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO IV

CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019

MODELO DE DECLARAÇÃO
NEGATIVA DE PARENTESCO

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob o Nº _____ com sede na _____ (endereço da empresa), licitante no certame acima destacado, promovido por essa Prefeitura Municipal de Luiz Alves, declara, que atende o artigo 9 seus incisos e parágrafos da Lei 8.666/93, por intermédio de seu representante legal que:

NÃO POSSUI proprietário, sócios ou funcionários que sejam servidores ou agentes políticos do órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação; não possui proprietário ou sócio que seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, e por afinidade até o segundo grau, de agente político do órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

ANEXO V

**CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACEITE
DAS CONDIÇÕES IMPOSTAS PELO EDITAL**

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

A empresa _____, estabelecida na _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, neste ato representada pelo seu _____, no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, para fins de participação no processo licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que tomou conhecimento e aceita as condições do conteúdo do presente Edital e se submete ao disposto constante na Lei nº 8.666/93 e Diplomas Complementares.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

ANEXO VI

**CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019**

**MODELO DE DECLARAÇÃO
DE REGULARIDADE FISCAL**

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

_____ (nome da empresa), com sede na
_____ (endereço da empresa), inscrita no CNPJ sob o nº
_____, licitante no certame acima destacado, promovido por
essa Prefeitura Municipal de Luiz Alves, **DECLARA**, por meio de seu representante legal infra-
assinado, R.G. nº _____, que se encontra em situação regular perante as
Fazendas Nacional, Estadual e Municipal, a Seguridade Social (FGTS e INSS), bem como
atende a todas as demais exigências de habilitação constantes do edital próprio.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

ANEXO VII

**CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO
SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO**

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

Licitante (nome, CNPJ), sediada na Rua _____, nº _____, bairro _____, cidade _____, estado _____, declara, sob as penas da lei, que não está impedida de participar de licitação em qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, direta ou indireta, federal, estadual ou municipal.

DECLARA, também, que está obrigada sob as penas da lei, a declarar, quando de sua ocorrência, fatos supervenientes impeditivos de sua habilitação.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

ANEXO VIII

**CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019**

**MODELO DE DECLARAÇÃO
DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

A empresa _____, estabelecida na _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, neste ato representada pelo seu _____, no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, sob as penas da lei, que se enquadra como Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte nos termos do artigo 3º da Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006, estando apta a se beneficiar das vantagens legalmente instituídas por não se enquadrar em nenhuma das vedações legais impostas pelo parágrafo 4º, do artigo 3º da Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006. Tendo conhecimento dos artigos 42 a 49 da Lei Complementar nº 123/2006, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores impeditivas de tal habilitação, em cumprimento ao artigo 32, § 2º da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO IX

CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019

MODELO DE PROPOSTA

Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		
Cidade/UF:		CEP:
E-mail:		Fone:

OBJETO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO							
GRUPO: XX - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
SUB-GRUPO: XX - XXXXXXXXXXXXXXXX								
FORMA DE ORGANIZAÇÃO: XX - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
Item /Procedimento	Código SUS	Valor SUS R\$	Valor Adicional R\$	Valor Por Exame R\$	Qtd.	Valor Total R\$	Total do Valor SUS R\$	Total do Valor Adicional R\$
VALOR TOTAL DA TABELA								

Validade: _____ dias (mínima de 60 dias).

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal

Dados para Depósito Bancário:

Banco:			
Agência:		Dígito:	
Conta:		Dígito:	

NOTA: A proposta de preços poderá ser apresentada nesta folha-modelo, ou, se preferir, a proponente poderá usar papel próprio, desde que nele constem todos os dados, **sem qualquer alteração**, apresentados neste modelo, obrigando-se inclusive a respeitar a ordem numérica dos itens, sendo que o seu descumprimento poderá acarretar o não credenciamento da entidade.