



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO 27/2014 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 27/2014 - FMS

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS E OU CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E ENTIDADES PRIVADAS E OU FILANTROPICAS E SEM FINS LUCRATIVOS, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS DE EXAMES COMPLEMENTARES DE IMAGEM, ESSES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DOS GRUPOS 02.04, 02.05, 02.06, 02.07, 02.09 E 02.11 PARA ATENDER AOS PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO – SC., COM VALOR DA TABELA SUS.

Considerando, que a saúde, nos termos do artigo 196, da Constituição Federal, é um direito de todos e dever do Estado, bem como, que nos termos do artigo 197 e 199, da Constituição Federal, combinado com a Lei (federal) nº 8080/90 e LC (federal) nº 141/2012, a execução das ações e serviços de saúde deve ser feita diretamente pelo Município ou através de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado de forma complementar;

Considerando, que é de responsabilidade do Município a organização e garantia de acesso aos serviços especializados de saúde aos seus munícipes;

Considerando, o disposto no artigo 25, caput, da Lei (federal) nº 8666/93, O MUNICIPIO DE CAPIVARI DE BAIXO torna público, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, para conhecimento dos interessados, que o Pregoeiro e sua Equipe de Apoio, do Setor de licitações, na Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, no município de CAPIVARI DE BAIXO - SC., que encontra-se aberto o **CREDENCIAMENTO**, para prestar os serviços de conjunto de procedimentos de exames complementares de imagem, esses de média e alta complexidade dos grupos 02.04, 02.05, 02.06, 02.07, 02.09 e 02.11 para atender aos pacientes do Município de Capivari de **COM VALOR DA TABELA SUS**, nos termos dos Prejulgados do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina nºs 519, 680 e 2055, para complementar os serviços ambulatoriais da rede municipal de saúde.

1. CONSTITUI OBJETO DESTA EDITAL

1.1. Credenciamento para realização de serviços de conjunto de procedimentos de exames complementares de imagem, esses de média e alta complexidade dos grupos 02.04, 02.05, 02.06, 02.07, 02.09 e 02.11 para atender aos pacientes do Município de Capivari de **COM VALOR DA TABELA SUS**, conforme Anexo I deste Edital, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

2 - DO PEDIDO DE CREDENCIAMENTO

2.1. As inscrições poderão ser feitas a qualquer tempo, dentro do prazo de validade deste Credenciamento, pelos interessados, no Setor de Compras e Licitações da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, Capivari de Baixo/SC, demonstrando a aceitação na prestação dos serviços, dizendo-se interessados no Credenciamento, juntamente com a documentação exigida no item 04 do edital e ofício demonstrando a aceitação na prestação dos serviços, **a partir do dia 30/07/2014 das 7:00 às 13:00 horas.**

2.2. Recebido o envelope de documentos, a Comissão de Licitações fará à apreciação dos mesmos **num prazo de até 05 (cinco) dias úteis**, contados da data do recebimento através do setor de licitações.

2.3. As informações fornecidas serão conferidas e a empresa ou profissional autônomo que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

3 – DA FONTE DE RECURSOS

3.1 – As despesas decorrentes do objeto deste credenciamento correrão por conta dos recursos orçamentários do ano de 2014, (MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e recurso próprio), sendo que cada contratação será de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde, e será efetuado o devido empenhamento no item orçamentário específico.

4. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE CREDENCIAMENTO

4.1. As empresas interessadas no objeto constante do item 1.1 deste edital deverão apresentar os seguintes documentos de habilitação, em documento original ou cópia autenticada em cartório ou por servidor público da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, para obtenção do Certificado de Credenciamento a ser emitido pelo Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC:

4.1.1. Cédula de identidade do representante legal da interessada;

4.1.2. Registro comercial no caso de empresa individual;

4.1.3. Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

- 4.1.4. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhado de prova de diretoria em exercício;
- 4.1.5. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim exigir;
- 4.1.6. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- 4.1.7. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e ou Municipal, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto da licitação, ou declaração de que não recolhe tributos estaduais, sendo, portanto, isenta da Inscrição Estadual;
- 4.1.8. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Municipal (Alvará atualizado) relativo ao domicílio ou sede da proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto deste edital ou prova que esteja regular com o mesmo;
- 4.1.9. Alvará sanitário atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária do Município sede da empresa e do Município onde prestará o serviço ou prova que esteja regular com o mesmo;
- 4.1.10. Certidão Negativa de Débito para com o INSS;
- 4.1.11. Certificado de Regularidade do FGTS;
- 4.1.12. Certidão Negativa de Débito relativo aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;
- 4.1.13. CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- 4.1.14. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, se for o caso;
- 4.1.15. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, domicílio do Credenciado;
- 4.1.16. **Certidão Negativa de falência ou concordata** expedida pelo Distribuidor do Foro ou Cartório da sede da licitante.
- 4.1.17. Declaração expressa ratificando a observância rigorosa do artigo 7º, inciso XXXIII, da CF/88, que proíbe o trabalho noturno ou insalubre a menores de 18 anos, e de qualquer trabalho, a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (Anexo VI);
- 4.1.19. **Declaração de que aceita prestar ao Município, serviços que integram o objeto deste edital pelos preços tabela SUS nele indicado com tabela dos referidos exames, que podem ser para todos ou para tantos quantos o credenciado desejar. (Anexo IV);**



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

4.1.20. Declaração do representante legal afirmando a veracidade de todos os documentos apresentados e de sujeição aos termos deste edital (Anexo III);

4.1.21. Relação dos profissionais que compõem a equipe técnica da interessada neste credenciamento, com indicação do nome, CPF, cargo, função, número de registro no Conselho Profissional correspondente e carga horária semanal (Anexo V);

4.1.22. Comprovante de registro do profissional responsável no Conselho Competente e documento comprobatório para que se propõe obter credenciamento;

4.1.23. Declaração que se compromete em realizar os todos os exames constantes no edital ou declarar somente os que se comprometer em realizar em formato de planilha com indicação do numero do item, nome, código do SUS e valor, conforme o anexo do edital.

4.2. Não serão aceitos documentos fotocopiado em papel termo-sensível (fac-símile).

4.3. Todos os documentos devem estar dentro do seu prazo de validade;

4.4. As cópias de certidões de regularidade, emitidas via internet, não precisam ser autenticadas, pois serão conferidas quanto a sua autenticidade;

4.5. O certificado de credenciamento será expedido a qualquer tempo ao interessado que atender aos requisitos de habilitação constante do item 3.1 deste edital, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados da entrega da documentação e terá validade da data da sua assinatura até 31/12/2014, podendo ser renovado mediante requerimento do interessado e apresentação da documentação exigida no item 4.1 acima.

4.6. Para preservar o interesse público, o Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo, a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, poderá suspender no todo em parte os serviços objeto deste edital de credenciamento, sem que para isso tenha que realizar qualquer tipo de indenização ao credenciado.

5 – DO PROCESSAMENTO

5.1 – Recebido o envelope de documentos, a Comissão de Licitações fará à apreciação dos mesmos **num prazo de até 05 (cinco) dias úteis**, contados da data do recebimento através do setor de licitações.

5.2 – As informações fornecidas serão conferidas e a empresa ou profissional autônomo que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

6. DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

- 6.1** – Identificar em forma de relação os exames que se propõe em prestar atendendo ao anexo I do edital.
- 6.2** Atender prontamente ou agendar o exame quando solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde para atender o paciente;
- 6.3** Dar tratamento aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde igual aos demais pacientes atendidos pela credenciada;
- 6.4** Realizar de forma direta os serviços objeto do credenciamento, salvo autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde;
- 6.5** Realizar os serviços exames objeto do credenciamento pelos preços indicados neste edital;
- 6.6** Responder exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução dos serviços objeto do credenciamento, incluído todos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Fundo Municipal de Saúde;
- 6.7** Permitir a realização de vistorias técnicas pelo Fundo Municipal de Saúde em suas instalações para controle, avaliação e auditoria de regulação;
- 6.8** Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 05 de cada mês, a fatura dos exames realizados no mês imediatamente anterior acompanhada dos comprovantes de autorização dos mesmos assinados pelo paciente e ou representante para os procedimentos de liquidação e pagamento da despesa;
- 6.9** Comunicar ao Fundo Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o interesse em deixar de prestar os serviços;

7. DAS OBRIGAÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

- 7.1.** Expedir o Certificado de Credenciamento no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados da apresentação da documentação de habilitação, desde que aprovada pela comissão de licitação do Município de Capivari de Baixo;
- 7.2.** Encaminhar, até a sede da credenciada, os pacientes, acompanhados da requisição e da autorização para realização dos exames;
- 7.3.** Quando houver mais de um credenciado para o mesmo exame, caberá exclusivamente ao paciente/município a escolha do credenciado de sua preferência.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

7.4. Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado, liquidar e pagar a despesa no prazo estabelecido;

7.5. Empenhar de forma prévia, a despesa com os serviços credenciados, por estimativa de gasto em cada mês, liquidar e pagar até o dia 15 (quinze) do mês em que a produção foi apresentada e faturada, observada a ordem cronológica de vencimento das faturas em cada fonte diferenciada de recursos;

7.6. Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte.

8. DO PRAZO DE CREDENCIAMENTO

8.1. O Credenciamento será válido até a data de 31/12/2014, vigorando a partir da data da publicação deste Edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do artigo 57, inciso II da Lei 8.666/93 e suas posteriores alterações, desde que haja concordância das partes e dotação orçamentária disponível, mediante requerimento do interessado e apresentação da documentação de habilitação exigida no item 4.1 deste Edital.

8.2. O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, por intermédio da Comissão Permanente de Licitações, deverá convocar os Credenciados Habilitados, para a assinatura do Contrato/Termo de Adesão, conforme minuta constante do Anexo VII.

8.3. A convocação será efetuada após a publicação no Mural Público da Prefeitura, por meio de comunicação oficial, aviso via fax, e-mail e por telefone.

8.4. Os Termos de Adesão/ Contratos serão assinados em quatro vias de igual teor e valor.

9. DAS PENALIDADES

9.1. A recusa da assinatura do termo de adesão/contrato ou desistência na execução dos serviços contratados e/ou inadimplemento parcial de obrigação contratual, implicam nas seguintes sanções, podendo ser cumulativas:

9.1.1 Multa na ordem de 10% (dez por cento), sobre o valor da proposta adjudicatária ou o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por ato de infração, podendo ser multiplicado pelos dias de infração.

9.1.2 Advertência.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

9.1.3 Suspensão do direito de licitar junto à Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, e conseqüente Declaração de Inidoneidade, exarada pelo Secretário Municipal, para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurar os motivos da punição.

9.1.4 Nenhum pagamento será processado à proponente penalizada, enquanto esta não tenha pago a multa imposta pela CONTRATANTE. Fica possibilitada a compensação da multa com eventuais pagamentos que sejam devidos a empresa contratada.

10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. O Extrato do presente edital será publicado em jornal de circulação regional e no Diário Oficial dos Municípios.

10.2. Conforme Artigo 12 do Decreto 276 de 06 de agosto de 2007, qualquer cidadão poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar os termos do presente Edital por irregularidade, protocolando o pedido até dois dias úteis antes da data fixada para a realização do Pregão, no protocolo geral da Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, cabendo ao Pregoeiro decidir sobre a petição no prazo de vinte e quatro horas. Demais informações poderão ser obtidas através do telefone (0XX48) 3621- 4400 ou do fone/fax - (0XX48) 3621-4434 devidamente endereçado ao setor de licitação ou ao Pregoeiro.

10.3. Fica eleito o Foro da Comarca de Capivari de Baixo, Estado de Santa Catarina, para dirimir questões oriundas deste edital, com renúncia expressa de qualquer outro.

10.4. Integram este Edital de Chamamento Público:

10.4.1 – Tabela SUS quanto ao tempo para atendimento – Anexo I;

10.4.2 – Relação dos exames e especificações – Anexo II;

10.4.3 – Declaração da autenticidade dos documentos de habilitação e de aceitação dos termos do Edital – Anexo III do Edital;

10.4.4 – Declaração de aceitação dos preços oferecidos pelo Município – Anexo IV do Edital;

10.4.5 – Relação dos profissionais que integram a equipe no caso de pessoa jurídica – Anexo V do edital;

10.4.6 – Declaração que cumpre ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII, da CF/88 – Anexo VI do Edital.

Capivari de Baixo, 28 de Julho de 2014.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC
INES EULALIA DOS REIS MACHADO
Secretária Municipal de Saúde



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014
PROCESSO ADMINISTRATIVO 27/2014 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 27/2014 - FMS

ANEXO I

QUANTO AO TEMPO PARA ATENDIMENTO CONFORME TABELA SUS:

Resolução Normativa nº 259: Agência Nacional de Saúde

- I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 07 (sete) dias úteis;
- II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 07(sete) dias úteis;
- IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 03 (três) dias úteis;
- X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

Serviço	Prazo Máximo (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (catorze)
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade - PAC	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	a critério do profissional responsável pelo atendimento



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014
PROCESSO ADMINISTRATIVO 27/2014 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 27/2014 - FMS

ANEXO II

CRENCIAMENTO DE EMPRESAS E OU CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E ENTIDADES PRIVADAS E OU FILANTROPICAS E SEM FINS LUCRATIVOS, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS DE EXAMES COMPLEMENTARES DE IMAGEM, ESSES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DOS GRUPOS 02.04, 02.05, 02.06, 02.07, 02.09 E 02.11 PARA ATENDER AOS PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO – SC., COM VALOR DA TABELA SUS.

RELAÇÃO DOS EXAMES

Item	Descrição do Material	Un.Med.	Qtde do Item	Preço Unit. Máximo	Preço Total
1	ARTROGRAFIA (SUS 0204060010)	UN	1,000	45,34	45,34
2	AUDIOMETRI A COMPORTAMENTAL (SUS 02.11.07.005-0)	UN	240,000	18,00	4.320,00
3	AUDIOMETRIA / AVALIAÇÃO VOCAL (SUS 02.11.07.011-4)	UN	240,000	4,11	986,40
4	AUDIOMETRIA CAMPO LIVRE (SUS 02.11.07.003-3)	UN	240,000	20,13	4.831,20
5	AUDIOMETRIA REFORÇO VISUAL (SUS 02.11.07.002-5)	UN	240,000	21,00	5.040,00
6	AUDIOMETRIA TONAL LINEAR (SUS 02.11.07.004-1)	UN	240,000	21,00	5.040,00
7	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR) (SUS 02.11.06.001-1)	UN	360,000	24,24	8.726,40
8	BRONCOGRAFIA UNILATERAL (SUS 0204030013)	UN	1,000	110,41	110,41
9	CAMPIMETRIA (SUS 02.11.06.003-8)	UN	360,000	40,00	14.400,00
10	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE (SUS 0204050014)	UN	20,000	47,76	955,20
11	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA (SUS 0204050022)	UN	10,000	32,61	326,10
12	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA (SUS 0204050030)	UN	10,000	32,61	326,10
13	COLONOSCOPIA (SUS 02.09.01.002-9)	UN	120,000	112,66	13.519,20
14	DACRIOCISTOGRAFIA (SUS 0204010012)	UN	1,000	48,85	48,85
15	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES) (SUS 0204060028)	UN	100,000	55,10	5.510,00
16	DUCTOGRAFIA (POR MAMA) (SUS 0204030021)	UN	1,000	57,16	57,16
17	DUODENOGRAMA HIPOTONICA (SUS 0204050049)	UN	1,000	34,52	34,52
18	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE (SUS 0205010016)	UN	1,000	165,00	165,00
19	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA (SUS 0205010024)	UN	1,000	165,00	165,00
20	ECOCARDIOGRAMA CARÓTIDA (SUS 02.05.01.004-0)	UN	120,000	39,64	4.756,80
21	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (SUS 02.05.01.003-2)	UN	240,000	39,94	9.585,60
22	ECODOPPLER ARTERIAL+VENOSO UNILATERAL OU BILATERAL MID,MSD,MIE, MSE (SUS 02.05.01.004-0)	UN	120,000	39,60	4.752,00
23	ECODOPPLER TRANSCRANIANO (SUS 0205020011)	UN	2,000	117,00	234,00
24	ELETROCARDIOGRAMA (SUS 02.11.02.003-6)	UN	600,000	5,15	3.090,00



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

25	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) (SUS 02.11.05.003-2)	UN	120,000	25,00	3.000,00
26	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) (SUS 02.11.05.004-0)	UN	480,000	25,00	12.000,00
27	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) (SUS 02.11.05.005-9)	UN	120,000	25,00	3.000,00
28	ENDOSCOPIA9ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SUS 02.09.01.003-7)	UN	240,000	48,16	11.558,40
29	ESCANOMETRIA (SUS 0204060036)	UN	10,000	7,77	77,70
30	ESPIROMETRIA (SUS 02.11.08.005-5)	UN	120,000	6,36	763,20
31	FISTULOGRAFIA (SUS 0204050057)	UN	1,000	45,34	45,34
32	HISTEROSSALPINGOGRAFIA (SUS 0204050065)	UN	10,000	45,34	453,40
33	HOLTER 24 HORAS (SUS 02.11.02.004-4)	UN	120,000	30,00	3.600,00
34	IMITANCIOMETRIA/IMPEDANCIOMETRIA (SUS 02.11.07.020-3)	UN	240,000	23,00	5.520,00
35	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (SUS 0204030188)	UN	100,000	45,00	4.500,00
36	MAMOGRAFIA unilateral (SUS 0204030030)	UN	50,000	22,50	1.125,00
37	MAPA 24 HORAS (SUS 02.11.02.005-2)	UN	120,000	10,07	1.208,40
38	MAPEAMENTO DE RETINA (SUS 02.11.06.012-7)	UN	360,000	24,24	8.726,40
39	MARCACAO DE LESAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRAMA (SUS 0205020194)	UN	1,000	25,43	25,43
40	MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA (SUS 0204030048)	UN	1,000	62,50	62,50
41	MIELOGRAFIA (SUS 0204020018)	UN	1,000	118,60	118,60
42	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (SUS 02.05.02.002-0)	UN	120,000	14,81	1.777,20
43	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA (SUS 0204050073)	UN	1,000	73,15	73,15
44	PIELOGRAFIA ASCENDENTE (SUS 0204050081)	UN	1,000	52,11	52,11
45	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL (SUS 0204020026)	UN	1,000	19,60	19,60
46	PLANIGRAFIA DE LARINGE (SUS 0204010020)	UN	1,000	27,32	27,32
47	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO) (SUS 0204060044)	UN	1,000	18,68	18,68
48	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS (SUS 0204060052)	UN	1,000	18,68	18,68
49	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE (SUS 0204050103)	UN	1,000	14,48	14,48
50	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) (SUS 0204010039)	UN	1,000	8,38	8,38
51	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) (SUS 0204050111)	UN	1,000	10,73	10,73
52	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) (SUS 0204050120)	UN	130,000	15,30	1.989,00
53	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) (SUS 0204050138)	UN	503,000	7,17	3.606,51
54	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO (SUS 0204040019)	UN	80,000	6,42	513,60
55	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS) (SUS 0204010047)	UN	1,000	6,96	6,96
56	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR (SUS 0204040027)	UN	8,000	7,40	59,20
57	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL (SUS 0204060060)	UN	133,000	7,77	1.033,41



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

58	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (SUS 0204040035)	UN	5,000	7,40	37,00
59	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR (SUS 0204040043)	UN	1,000	7,40	7,40
60	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA (SUS 0204060079)	UN	4,000	7,77	31,08
61	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL (SUS 0204010055)	UN	5,000	8,38	41,90
62	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (SUS 0204060087)	UN	289,000	6,50	1.878,50
63	RADIOGRAFIA DE BACIA (SUS 0204060095)	UN	185,000	7,77	1.437,45
64	RADIOGRAFIA DE BRACO (SUS 0204040051)	UN	65,000	7,77	505,05
65	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO (SUS 0204060109)	UN	51,000	6,50	331,50
66	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) (SUS 0204010063)	UN	141,000	6,88	970,08
67	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA (SUS 0204040060)	UN	24,000	7,40	177,60
68	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) (SUS 0204020042)	UN	107,000	8,19	876,33
69	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) (SUS 0204020034)	UN	163,000	8,33	1.357,79
70	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA (SUS 0204020050)	UN	1,000	10,29	10,29
71	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (SUS 0204020069)	UN	668,000	10,96	7.321,28
72	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) (SUS 0204020077)	UN	1,000	14,90	14,90
73	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA (SUS 0204020085)	UN	1,000	16,88	16,88
74	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) (SUS 0204020093)	UN	167,000	9,16	1.529,72
75	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR (SUS 0204020107)	UN	1,000	9,73	9,73
76	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA (SUS 0204020115)	UN	1,000	15,58	15,58
77	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) (SUS 0204030056)	UN	1,000	14,32	14,32
78	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL) (SUS 0204030064)	UN	1,000	9,05	9,05
79	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) (SUS 0204030072)	UN	178,000	8,37	1.489,86
80	RADIOGRAFIA DE COTOVELO (SUS 0204040078)	UN	131,000	5,90	772,90
81	RADIOGRAFIA DE COXA (SUS 0204060117)	UN	82,000	8,94	733,08
82	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ) (SUS 0204010071)	UN	1,000	9,15	9,15
83	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) (SUS 0204010080)	UN	302,000	7,52	2.271,04
84	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO (SUS 0204040086)	UN	178,000	5,62	1.000,36
85	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) (SUS 0204040116)	UN	357,000	7,98	2.848,86
86	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO (SUS 0204030080)	UN	20,000	19,24	384,80
87	RADIOGRAFIA DE ESTERNO (SUS 0204030099)	UN	7,000	7,98	55,86



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

88	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO (SUS 0204050146)	UN	30,000	35,22	1.056,60
89	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) (SUS 0204050154)	UN	30,000	47,59	1.427,70
90	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) (SUS 0204060125)	UN	619,000	6,78	4.196,82
91	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) (SUS 0204060141)	UN	1,000	9,29	9,29
92	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) (SUS 0204060133)	UN	1,000	7,16	7,16
93	RADIOGRAFIA DE LARINGE (SUS 0204010098)	UN	1,000	5,74	5,74
94	RADIOGRAFIA DE MAO (SUS 0204040094)	UN	259,000	6,30	1.631,70
95	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) (SUS 0204040108)	UN	17,000	6,00	102,00
96	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) (SUS 0204010101)	UN	1,000	9,03	9,03
97	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) (SUS 0204010110)	UN	50,000	7,20	360,00
98	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) (SUS 0204030102)	UN	1,000	8,73	8,73
99	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) (SUS 0204010128)	UN	50,000	8,38	419,00
100	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE (SUS 0204060150)	UN	396,000	6,78	2.684,88
101	RADIOGRAFIA DE PERNA (SUS 0204060168)	UN	102,000	8,94	911,88
102	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO (SUS 0204030110)	UN	1,000	27,27	27,27
103	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) (SUS 0204040124)	UN	132,000	6,91	912,12
104	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO) (SUS 0204010136)	UN	1,000	7,98	7,98
105	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA (SUS 0204020123)	UN	35,000	7,80	273,00
106	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) (SUS 0204010144)	UN	1.028,000	7,32	7.524,96
107	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) (SUS 0204010152)	UN	1,000	7,20	7,20
108	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA) (SUS 0204030129)	UN	1,000	5,56	5,56
109	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL) (SUS 0204030137)	UN	1,000	14,32	14,32
110	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) (SUS 0204030145)	UN	1,000	12,02	12,02
111	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) (SUS 0204030153)	UN	889,000	9,50	8.445,50
112	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT) (SUS 0204030161)	UN	1,000	6,55	6,55
113	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) (SUS 0204030170)	UN	5.744,000	6,88	39.518,72
114	RADIOGRAFIA OCLUSAL (SUS 0204010160)	UN	100,000	3,51	351,00
115	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) (SUS 0204050162)	UN	20,000	48,09	961,80
116	RADIOGRAFIA PANORAMICA (SUS 0204010179)	UN	100,000	9,03	903,00
117	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES (SUS 0204060176)	UN	1,000	9,29	9,29
118	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING) (SUS 0204010187)	UN	890,000	1,75	1.557,50



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

119	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (SUS 02.07.03.001-4)	UN	120,000	268,75	32.250,00
120	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (SUS 02.07.01.002-1)	UN	120,000	268,75	32.250,00
121	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (SUS 02.07.03.002-2)	UN	120,000	268,75	32.250,00
122	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL (SUS 02.07.01.003-0)	UN	120,000	268,75	32.250,00
123	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA (SUS 02.07.01.005-6)	UN	120,000	268,75	32.250,00
124	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE (SUS 02.07.02.001-9)	UN	120,000	361,25	43.350,00
125	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (SUS 02.07.01.006-4)	UN	120,000	268,75	32.250,00
126	RESSONANCIA MAGNETICA DE LOMBO SACRA (SUS 02.07.01.004-8)	UN	120,000	268,75	32.250,00
127	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (SUS 02.07.03.003-0)	UN	120,000	268,75	32.250,00
128	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (SUS 02.07.02.002-7)	UN	120,000	268,75	32.250,00
129	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (SUS 02.07.01.007-2)	UN	120,000	268,75	32.250,00
130	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (SUS 02.07.02.003-5)	UN	120,000	268,75	32.250,00
131	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES (SUS 02.07.03.004-9)	UN	120,000	268,75	32.250,00
132	RETINOGRAFIA BINOCULAR (SUS 02.11.06.017-8)	UN	360,000	24,68	8.884,80
133	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (ANGIO) (SUS 02.11.06.018-6)	UN	360,000	64,00	23.040,00
134	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA) (SUS 0204010195)	UN	1,000	48,85	48,85
135	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS (SUS 0204010209)	UN	1,000	6,44	6,44
136	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMETRICO (SUS 02.11.02.006-0)	UN	240,000	30,00	7.200,00
137	TOMOGRAFIA CERVICAL COM CONTRASTE (SUS 02.06.01.001-0)	UN	240,000	86,76	20.822,40
138	TOMOGRAFIA CERVICAL SEM CONTRASTE (SUS 02.06.01.001-0)	UN	240,000	86,76	20.822,40
139	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (SUS 02.06.03.001-0)	UN	240,000	138,63	33.271,20
140	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE. (SUS 02.06.01.002-8).	UN	240,000	101,10	24.264,00
141	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (SUS 02.06.01.003-6).	UN	240,000	86,76	20.822,40
142	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE /ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES (SUS 02.06.01.004-4)	UN	240,000	86,75	20.820,00
143	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR S/ CONTRASTE (SUS 02.06.03.003-7).	UN	240,000	138,63	33.271,20
144	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) (SUS 02.06.02.002-3).	UN	240,000	86,75	20.820,00
145	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SUS 02.06.01.006-0)	UN	240,000	97,44	23.385,60



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

146	TOMOGRRAFIA DE CRANIO (SUS 02.06.01.007-9)	UN	240,000	97,44	23.385,60
147	TOMOGRRAFIA DE TORAX (SUS 02.06.02.003-1)	UN	240,000	136,41	32.738,40
148	TOMOGRRAFIA MEMBRO INFERIOR (SUS 02.06.03.002-9)	UN	240,000	86,75	20.820,00
149	TOMOGRRAFIA MEMBRO SUPERIOR (SUS 02.06.02.001-5)	UN	240,000	86,75	20.820,00
150	TOMOGRRAFIA PESCOÇO (SUS 02.06.01.005-2)	UN	240,000	86,75	20.820,00
151	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA (SUS 02.06.01.008-7)	UN	240,000	138,63	33.271,20
152	TONOMETRIA (SUS 02.11.06.025-9)	UN	360,000	3,37	1.213,20
153	ULTRASSON OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (SUS 02.05.02.015-1)	UN	240,000	39,60	9.504,00
154	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (SUS 0205020038)	UN	50,000	24,20	1.210,00
155	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (SUS 0205020046)	UN	111,000	37,95	4.212,45
156	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (SUS 0205020054)	UN	16,000	24,20	387,20
157	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO (SUS 0205020062)	UN	50,000	24,20	1.210,00
158	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (SUS 0205020070)	UN	10,000	24,20	242,00
159	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) (SUS 0205020089)	UN	10,000	24,20	242,00
160	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE (SUS 0205020216)	UN	50,000	24,20	1.210,00
161	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE (SUS 0205020208)	UN	1,000	12,10	12,10
162	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (SUS 0205020119)	UN	30,000	24,20	726,00
163	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL (SUS 0205020100)	UN	30,000	24,20	726,00
164	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (SUS 0205020127)	UN	20,000	24,20	484,00
165	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) (SUS 0205020135)	UN	30,000	24,20	726,00
166	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (SUS 0205010059)	UN	10,000	42,90	429,00
167	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL (SUS 0205020097)	UN	1,000	24,20	24,20
168	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA (SUS 0205020143)	UN	200,000	24,20	4.840,00
169	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (SUS 0205020151)	UN	20,000	39,60	792,00
170	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) (SUS 0205020160)	UN	2,000	24,20	48,40
171	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (SUS 0205020178)	UN	30,000	24,20	726,00
172	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (SUS 0205020186)	UN	50,000	24,20	1.210,00
173	URETROCISTOGRAFIA (SUS 0204050170)	UN	50,000	52,11	2.605,50
174	UROGRAFIA VENOSA (SUS 0204050189)	UN	20,000	57,40	1.148,00
175	VIDEOLARINGOSCOPIA (SUS 02.09.04.004-1)	UN	240,000	45,50	10.920,00
				TOTAL:	1.136.098,86



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014
PROCESSO ADMINISTRATIVO 27/2014 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 27/2014 - FMS

ANEXO III

**DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E DE
ACEITAÇÃO DO EDITAL**

A empresa _____ por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, _____, com consultório localizado na Rua _____, _____-SC, inscrita no CNPJ (ou CPF) nº _____, DECLARA, que possui pleno conhecimento, e manifesta inteira concordância, com todos os termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2014 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC, que trata do credenciamento para prestação de serviços complementares na área da saúde, conforme definido no objeto deste edital, **assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados**, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária inabilitação ou descredenciamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Capivari de Baixo/SC.

Data

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014
PROCESSO ADMINISTRATIVO 27/2014 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 27/2014 - FMS

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS

DECLARO, para fins de habilitação ao Edital de Chamamento Público nº 03/2014 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/SC, que aceito os preços indicados nos Anexos II e os prazos do anexo I do presente edital, estando também ciente que os preços são fixos.

Data

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014
PROCESSO ADMINISTRATIVO 27/2014 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 27/2014 - FMS

ANEXO V

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS HABILITADOS

NOME DO PROFISSIONAL	CPF	ESPECIALIDADE

Data

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014
PROCESSO ADMINISTRATIVO 27/2014 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 27/2014 - FMS

ANEXO VI

DECLARAÇÃO QUE ATENDE O ARTIDO 7º, INCISO XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Empresa _____, com sede na Rua _____, N° _____, CNPJ _____, por seu representante legal, em atenção ao inciso V do art. 27, da Lei n. 8666/93, acrescido pela Lei n. 9854, de 27 de outubro de 1999, declara, sob as penas da lei, que cumpre integralmente a norma contida no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição da República, ou seja, de que não possui em seu quadro de pessoal, empregado(s) menor(es) de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho (exceto aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Data

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014
PROCESSO ADMINISTRATIVO 27/2014 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 27/2014 - FMS

ANEXO VII

MINUTO DE CONTRATO Nº ____/2014 – FMS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS DE EXAMES COMPLEMENTARES DE IMAGEM, ESSES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DOS GRUPOS 02.04, 02.05, 02.06, 02.07, 02.09 E 02.11 PARA ATENDER AOS PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO – SC., COM VALOR DA TABELA SUS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO E A EMPRESA ABAIXO INDICADA, CREDENCIADA NOS TERMOS DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2014.

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

CREDENCIANTE: MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 10.971.858/0001-57, sediada na Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, neste ato representado pela Secretária de Saúde do Município de Capivari de Baixo, Sr^a. INÊS EULÁLIA DOS REIS MACHADO, doravante denominada **CONTRATANTE e CREDENCIADO:**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob n.º, com sede da cidade de, neste ato representada por doravante denominada **CONTRATADA**, pactuam entre si as cláusulas a seguir:

I – DO PROCEDIMENTO

Cláusula Primeira - As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de prestação de serviços de conjunto de procedimentos de exames complementares de



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

imagem, esses de média e alta complexidade dos grupos 02.04, 02.05, 02.06, 02.07, 02.09 e 02.11 para atender aos pacientes do Município de Capivari de Baixo, **COM VALOR DA TABELA SUS**, conforme Processo Licitatório n.º 27/2014 – Credenciamento n.º 03/2014 - FMS, fundamentado na Lei Federal n.º 8.666/93 21 de junho de 1993 e suas alterações, nos termos da legislação vigente aplicável à matéria, assim como, pelas condições do Edital do referido processo de credenciamento e seus anexos e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

II – DO OBJETO

Cláusula Segunda - Contratação através de credenciamento de empresas e ou clínicas, laboratórios e entidades privadas e ou filantropicas e sem fins lucrativos, para prestar serviços de conjunto de procedimentos de exames complementares de imagem, esses de média e alta complexidade dos grupos 02.04, 02.05, 02.06, 02.07, 02.09 e 02.11 para atender aos pacientes do município de capivari de baixo – sc., com valor da tabela SUS.

III – DA RELAÇÃO DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS E DOS PREÇOS FIXADOS

Cláusula Terceira – Pelo presente contrato, a CONTRATADA, credenciada através do Processo Administrativo n.º 27/2014, Edital de Chamamento Público n.º 03/2014, se compromete a realizar os serviços para os quais se credenciou, nas condições estabelecidas no edital e pelo preço fixado na TABELA SUS.

IV – DAS OBRIGAÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Cláusula Quarta – É obrigação do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**:

- 4.1.** Encaminhar, até a sede da credenciada, os pacientes, acompanhados da requisição e da autorização para realização dos exames;
- 4.2.** Permitir que o paciente, escolha livremente, dentre os credenciados, o de sua preferência, conforme estabelecido no item 7.3 do Edital de Chamamento Público n.º 03/2014;
- 4.3.** Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado e autorizar a emissão da nota fiscal dos serviços aprovados;
- 4.4.** Empenhar previamente a despesa com os serviços credenciados, por estimativa de gasto em cada mês, liquidar e pagar até o dia 30 (trinta) do mês em que a produção foi apresentada e faturada, observada a ordem cronológica de vencimento das faturas em cada fonte diferenciada de recursos;



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

4.5. Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte, o qual será retido pela Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo/SC.

V – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Cláusula Quinta - Constituem obrigações da **CONTRATADA**:

5.1 – DAS CREDENCIADAS

5.1.1 Atender quando solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde o paciente dentro do prazo constante da Resolução Normativa nº 259: Agência Nacional de Saúde;

5.1.2 Atender o paciente nos dias úteis.

5.1.3. Tratamento aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo igual aos demais pacientes atendidos pela credenciada;

5.1.4. Realizar de forma direta os serviços objeto do credenciamento, salvo autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo;

5.1.5. Realizar os serviços objeto do credenciamento pelos preços indicados na tabela SUS;

5.1.6. Responder exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução dos serviços objeto do credenciamento, incluído todos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município;

5.1.7. Permitir a realização de vistorias técnicas pelo Município em suas instalações para controle, avaliação e auditoria de regulação;

5.1.8. Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo até o dia 05 de cada mês, a fatura dos exames realizados no mês imediatamente anterior acompanhada dos comprovantes de encaminhamento dos pacientes para os procedimentos de liquidação e pagamento da despesa;

5.1.8.1 O Credenciado fica responsável por cadastrar no sistema do SUS a produção dos exames prestados e deverá entregar por meio digital e impresso juntamente com a Nota Fiscal;

5.1.9. Comunicar ao Município, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o interesse em deixar de prestar os serviços por documento assinado e protocolado;

VI – DAS DESPESAS E FONTES DE RECURSOS



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

Cláusula Sexta - A dotação orçamentária correrá por conta da despesa de 2014, (MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e recurso próprio).

VII- DO REAJUSTE

Cláusula Sétima- Os preços dos serviços objeto deste contrato são irrevogáveis.

VIII – DO PAGAMENTO

Cláusula Oitava – Até o dia 5º (quinto) dia de cada mês, a **CONTRATADA** deverá apresentar ao Fundo Municipal da Saúde a produção do mês imediatamente anterior, acompanhada das respectivas autorizações expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo. Aprovada a produção, a **CONTRATADA** deverá encaminhar a respectiva Nota Fiscal de Serviço para liquidação e pagamento até o dia 15 (quinze) do mês em que a produção foi apresentada, observado a ordem cronológica de vencimento das faturas para cada fonte diferenciada de recursos. O descumprimento do prazo para a apresentação da produção e da apresentação da Nota Fiscal implicará no atraso da liquidação e pagamento da despesa. Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte, o qual será retido pelo Município.

IX- DO PRAZO DO CONTRATO

Cláusula Nona - O presente Contrato vigorará até 31/12/2014, contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o máximo de 60 (sessenta) meses, caso haja interesse da administração, com anuência da **CONTRATADA**, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei Federal 8.666/93, através de termo aditivo, com apresentação da documentação de habilitação exigida no item 4 do Edital que é parte integrante deste contrato.

X – DAS PENALIDADES

Cláusula Décima - O descumprimento de quaisquer das normas estabelecidas neste contrato pela **CONTRATADA**, poderá resultar no descredenciamento imediato do faltoso e rescisão do contrato sem prévio aviso e aplicação de multa equivalente a 20% (vinte por cento) do seu faturamento médio mensal dos últimos seis meses, a ser descontada da próxima fatura a ser paga. As penalidades previstas neste contrato poderão deixar de ser aplicadas, total ou parcialmente, a critério do MUNICÍPIO se entender as justificativas apresentadas pela **CONTRATADA** como relevantes, bem como a recusa da assinatura do termo de adesão/contrato ou desistência na execução dos serviços contratados e/ou inadimplemento parcial de obrigação contratual, implicam nas seguintes sanções, podendo ser cumulativas:



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

10.1.1 Multa na ordem de 10% (dez por cento), sobre o valor da proposta adjudicatária ou o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por ato de infração, podendo ser multiplicado pelos dias de infração.

10.1.2 Advertência.

10.1.3 Suspensão do direito de licitar junto à Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, e conseqüente Declaração de Inidoneidade, exarada pelo Secretário Municipal, para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurar os motivos da punição.

10.1.4 Nenhum pagamento será processado à proponente penalizada, enquanto esta não tenha pago a multa imposta pela CONTRATANTE. Fica possibilitada a compensação da multa com eventuais pagamentos que sejam devidos a empresa contratada.

XI – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula Décima Primeira - O presente instrumento não gera qualquer tipo de vínculo trabalhista entre os funcionários da contratada com a contratante, arcando cada qual com o pagamento de todos os tributos e encargos decorrentes deste instrumento que sejam de sua responsabilidade, querem sejam trabalhistas, previdenciários, securitários, tributários, fiscais ou para fiscais, inclusive e em especial de seus empregados/prepostos que trabalharão para a realização do objeto deste contrato, e, especialmente aqueles denominados como FGTS, INSS, PIS e SEGURO.

10.1 - A **CONTRATADA** poderá ceder ou transferir para terceiros a realização dos serviços objeto deste contrato, quando a impossibilidade de realização, e se responsabilizará em todos os âmbitos juntamente com a terceirizada.

10.2 - As partes se comprometem a manter a confidencialidade de todos os documentos envolvidos nesta prestação de serviços, de forma a proteger informações privilegiadas dos pacientes do **MUNICÍPIO**, com exceção daqueles que por força de lei são considerados públicos.

XII – DA FISCALIZAÇÃO

Cláusula Décima Segunda - Os serviços serão fiscalizados pelo Responsável nomeado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO**.

Parágrafo Único. O Responsável nomeado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** anotarà, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução do Contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

XIII – DA INEXECUÇÃO, RESCISÃO OU DESCRENCIAMENTO.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

Cláusula Décima Terceira - A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as conseqüências contratuais e as prevista em lei ou regulamento administrativo.

13.1 - Constituem motivos para rescisão do contrato, no que couberem, as hipóteses previstas no artigo 78 da Lei 8.666/93;

13.2 - A rescisão contratual poderá ocorrer nas condições e formas previstas no artigo 79 da Lei 8.666/93 e suas alterações;

13.3 - Ocorrerá o descredenciamento e a rescisão deste contrato quando:

13.1.1 Por algum motivo a **CONTRATADA** deixar de atender as condições estabelecidas neste contrato administrativo de prestação de serviços e no edital de credenciamento nº 03/2014;

13.1.2 Na recusa injustificada da **CONTRATADA** em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo estabelecido, implicando em seu imediato descredenciamento e na imediata suspensão do direito de licitar com o Município pelo prazo de 03 (três) meses;

XIV – DO FORO

Cláusula Décima Quarta - Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste Contrato, as partes elegem o foro da Comarca de **CAPIVARI DE BAIXO**, Estado de Santa Catarina.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 04 (quatro) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Capivari de Baixo, __ de _____ de 2014.

INÊS EULÁLIA DOS REIS MACHADO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Secretária de Saúde

SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL
Empresa Credenciada

TESTEMUNHAS:

NOME:
CPF nº :

NOME:
CPF nº :