



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 06/2014 – FMS  
PROCESSO ADMINISTRATIVO 41/2014 – FMS  
PROCESSO DE COMPRA 41/2014 - 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 + ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014.**

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 + ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014.**

, 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,



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

02.07, 02.09 e 02.11 para atender aos pacientes do Município de Capivari de **COM VALOR DA TABELA SUS + ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014**, conforme Anexo I deste Edital, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

### **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 25/09/2014 das 7:00 às 13:00 horas o dia 31/12/2014 as 13:00.**

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;



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

**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;

**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);



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**4.1.19. Declaração de que aceita prestar ao Município, serviços que integram o objeto deste edital pelos preços tabela SUS + ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014, nele indicado com tabela dos referidos exames, que podem ser para todos ou para tantos quantos o credenciado desejar. (Anexo IV);**

**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.



## **Município de Capivari de Baixo**

Estado de Santa Catarina

**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**

**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 pacientes 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;



## **Município de Capivari de Baixo**

Estado de Santa Catarina

**7.2.** Orientar, 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/munícipe a escolha do credenciado de sua preferência.

**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.



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

### 9.1.2 Advertência.

**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, 23 de Setembro 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 06/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 41/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 41/2014 - 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 obstetrícia	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 06/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 41/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 41/2014 - 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 + ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014**

**RELAÇÃO DOS EXAMES**

Item	Descrição do Material	Un.Med.	Qtde do Item	Preço Unit. Máximo	Preço Total
1	ARTROGRAFIA (SUS 0204060010)	UN	1,000	68,01	68,01
2	AUDIOMETRI A COMPORTAMENTAL (SUS 02.11.07.005-0)	UN	240,000	27,00	6.480,00
3	AUDIOMETRIA / AVALIAÇÃO VOCAL (SUS 02.11.07.011-4)	UN	240,000	6,17	1.480,80
4	AUDIOMETRIA CAMPO LIVRE (SUS 02.11.07.003-3)	UN	240,000	30,20	7.248,00
5	AUDIOMETRIA REFORÇO VISUAL (SUS 02.11.07.002-5)	UN	240,000	31,50	7.560,00
6	AUDIOMETRIA TONAL LINEAR (SUS 02.11.07.004-1)	UN	240,000	31,50	7.560,00
7	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR) (SUS 02.11.06.001-1)	UN	360,000	36,36	13.089,60
8	BRONCOGRAFIA UNILATERAL (SUS 0204030013)	UN	1,000	165,62	165,62
9	CAMPIMETRIA (SUS 02.11.06.003-8)	UN	360,000	60,00	21.600,00
10	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE (SUS 0204050014)	UN	20,000	71,64	1.432,80
11	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA (SUS 0204050022)	UN	10,000	48,92	489,20
12	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA (SUS 0204050030)	UN	10,000	48,92	489,20
13	COLONOSCOPIA (SUS 02.09.01.002-9)	UN	120,000	168,99	20.278,80
14	DACRIOCISTOGRAFIA (SUS 0204010012)	UN	1,000	73,28	73,28
15	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES) (SUS 0204060028)	UN	100,000	82,65	8.265,00
16	DUCTOGRAFIA (POR MAMA) (SUS 0204030021)	UN	1,000	85,74	85,74
17	DUODENOGRAMIA HIPOTONICA (SUS 0204050049)	UN	1,000	51,78	51,78
18	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE (SUS 0205010016)	UN	1,000	247,50	247,50
19	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA (SUS 0205010024)	UN	1,000	247,50	247,50



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

20	ECOCARDIOGRAMA CARÓTIDA (SUS 02.05.01.004-0)	UN	120,000	59,46	7.135,20
21	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (SUS 02.05.01.003-2)	UN	240,000	59,91	14.378,40
22	ECODOPPLER ARTERIAL+VENOSO UNILATERAL OU BILATERAL MID,MSD,MIE, MSE (SUS 02.05.01.004-0)	UN	120,000	59,40	7.128,00
23	ECODOPPLER TRANSCRANIANO (SUS 0205020011)	UN	2,000	175,50	351,00
24	ELETROCARDIOGRAMA (SUS 02.11.02.003-6)	UN	600,000	7,73	4.638,00
25	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) (SUS 02.11.05.003-2)	UN	120,000	37,50	4.500,00
26	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) (SUS 02.11.05.004-0)	UN	480,000	37,50	18.000,00
27	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) (SUS 02.11.05.005-9)	UN	120,000	37,50	4.500,00
28	ENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SUS 02.09.01.003-7)	UN	240,000	72,24	17.337,60
29	ESCANOMETRIA (SUS 0204060036)	UN	10,000	11,66	116,60
30	ESPIROMETRIA (SUS 02.11.08.005-5)	UN	120,000	9,54	1.144,80
31	FISTULOGRAFIA (SUS 0204050057)	UN	1,000	68,01	68,01
32	HISTEROSSALPINGOGRAFIA (SUS 0204050065)	UN	10,000	68,01	680,10
33	HOLTER 24 HORAS (SUS 02.11.02.004-4)	UN	120,000	45,00	5.400,00
34	IMITANCIOMETRIA/IMPEDANCIOMETRIA (SUS 02.11.07.020-3)	UN	240,000	34,50	8.280,00
35	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (SUS 0204030188)	UN	100,000	67,50	6.750,00
36	MAMOGRAFIA unilateral (SUS 0204030030)	UN	50,000	33,75	1.687,50
37	MAPA 24 HORAS (SUS 02.11.02.005-2)	UN	120,000	15,11	1.813,20
38	MAPEAMENTO DE RETINA (SUS 02.11.06.012-7)	UN	360,000	36,36	13.089,60
39	MARCAÇÃO DE LESÃO PRE-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRÁFIA (SUS 0205020194)	UN	1,000	38,15	38,15
40	MARCAÇÃO PRE-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA (SUS 0204030048)	UN	1,000	93,75	93,75
41	MIELOGRAFIA (SUS 0204020018)	UN	1,000	177,90	177,90
42	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (SUS 02.05.02.002-0)	UN	120,000	22,22	2.666,40
43	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA (SUS 0204050073)	UN	1,000	109,73	109,73
44	PIELOGRAFIA ASCENDENTE (SUS 0204050081)	UN	1,000	78,17	78,17
45	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL (SUS 0204020026)	UN	1,000	29,40	29,40
46	PLANIGRAFIA DE LARINGE (SUS 0204010020)	UN	1,000	40,98	40,98
47	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIÁRIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO) (SUS 0204060044)	UN	1,000	28,02	28,02
48	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS (SUS 0204060052)	UN	1,000	28,02	28,02
49	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE (SUS 0204050103)	UN	1,000	21,72	21,72



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

50	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) (SUS 0204010039)	UN	1,000	12,57	12,57
51	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) (SUS 0204050111)	UN	1,000	16,10	16,10
52	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) (SUS 0204050120)	UN	130,000	22,95	2.983,50
53	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) (SUS 0204050138)	UN	503,000	10,76	5.412,28
54	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO (SUS 0204040019)	UN	80,000	9,63	770,40
55	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS) (SUS 0204010047)	UN	1,000	10,44	10,44
56	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR (SUS 0204040027)	UN	8,000	11,10	88,80
57	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL (SUS 0204060060)	UN	133,000	11,66	1.550,78
58	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (SUS 0204040035)	UN	5,000	11,10	55,50
59	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR (SUS 0204040043)	UN	1,000	11,10	11,10
60	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA (SUS 0204060079)	UN	4,000	11,66	46,64
61	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL (SUS 0204010055)	UN	5,000	12,57	62,85
62	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (SUS 0204060087)	UN	289,000	9,75	2.817,75
63	RADIOGRAFIA DE BACIA (SUS 0204060095)	UN	185,000	11,66	2.157,10
64	RADIOGRAFIA DE BRACO (SUS 0204040051)	UN	65,000	11,66	757,90
65	RADIOGRAFIA DE CALCANEAO (SUS 0204060109)	UN	51,000	9,75	497,25
66	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) (SUS 0204010063)	UN	141,000	10,32	1.455,12
67	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA (SUS 0204040060)	UN	24,000	11,10	266,40
68	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) (SUS 0204020042)	UN	107,000	12,29	1.315,03
69	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) (SUS 0204020034)	UN	163,000	12,50	2.037,50
70	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA (SUS 0204020050)	UN	1,000	15,44	15,44
71	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (SUS 0204020069)	UN	668,000	16,44	10.981,92
72	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) (SUS 0204020077)	UN	1,000	22,35	22,35
73	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA (SUS 0204020085)	UN	1,000	25,32	25,32
74	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) (SUS 0204020093)	UN	167,000	13,74	2.294,58
75	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR (SUS 0204020107)	UN	1,000	14,60	14,60
76	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA (SUS 0204020115)	UN	1,000	23,37	23,37



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

77	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) (SUS 0204030056)	UN	1,000	21,48	21,48
78	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL) (SUS 0204030064)	UN	1,000	13,58	13,58
79	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) (SUS 0204030072)	UN	178,000	12,56	2.235,68
80	RADIOGRAFIA DE COTOVELO (SUS 0204040078)	UN	131,000	8,85	1.159,35
81	RADIOGRAFIA DE COXA (SUS 0204060117)	UN	82,000	13,41	1.099,62
82	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ) (SUS 0204010071)	UN	1,000	13,73	13,73
83	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) (SUS 0204010080)	UN	302,000	11,28	3.406,56
84	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO (SUS 0204040086)	UN	178,000	8,43	1.500,54
85	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) (SUS 0204040116)	UN	357,000	11,97	4.273,29
86	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO (SUS 0204030080)	UN	20,000	28,86	577,20
87	RADIOGRAFIA DE ESTERNO (SUS 0204030099)	UN	7,000	11,97	83,79
88	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO (SUS 0204050146)	UN	30,000	52,83	1.584,90
89	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) (SUS 0204050154)	UN	30,000	71,39	2.141,70
90	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) (SUS 0204060125)	UN	619,000	10,17	6.295,23
91	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) (SUS 0204060141)	UN	1,000	13,94	13,94
92	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) (SUS 0204060133)	UN	1,000	10,74	10,74
93	RADIOGRAFIA DE LARINGE (SUS 0204010098)	UN	1,000	8,61	8,61
94	RADIOGRAFIA DE MAO (SUS 0204040094)	UN	259,000	9,45	2.447,55
95	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) (SUS 0204040108)	UN	17,000	9,00	153,00
96	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) (SUS 0204010101)	UN	1,000	13,55	13,55
97	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) (SUS 0204010110)	UN	50,000	10,80	540,00
98	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) (SUS 0204030102)	UN	1,000	13,10	13,10
99	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) (SUS 0204010128)	UN	50,000	12,57	628,50
100	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE (SUS 0204060150)	UN	396,000	10,17	4.027,32
101	RADIOGRAFIA DE PERNA (SUS 0204060168)	UN	102,000	13,41	1.367,82
102	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO (SUS 0204030110)	UN	1,000	40,91	40,91
103	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) (SUS 0204040124)	UN	132,000	10,37	1.368,84
104	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO) (SUS 0204010136)	UN	1,000	11,97	11,97
105	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA (SUS 0204020123)	UN	35,000	11,70	409,50



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

106	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) (SUS 0204010144)	UN	1.028,000	10,98	11.287,44
107	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) (SUS 0204010152)	UN	1,000	10,80	10,80
108	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA) (SUS 0204030129)	UN	1,000	8,34	8,34
109	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL) (SUS 0204030137)	UN	1,000	21,48	21,48
110	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) (SUS 0204030145)	UN	1,000	18,03	18,03
111	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) (SUS 0204030153)	UN	889,000	14,25	12.668,25
112	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT) (SUS 0204030161)	UN	1,000	9,83	9,83
113	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) (SUS 0204030170)	UN	5.744,000	10,32	59.278,08
114	RADIOGRAFIA OCLUSAL (SUS 0204010160)	UN	100,000	5,27	527,00
115	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) (SUS 0204050162)	UN	20,000	72,14	1.442,80
116	RADIOGRAFIA PANORAMICA (SUS 0204010179)	UN	100,000	13,55	1.355,00
117	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES (SUS 0204060176)	UN	1,000	13,94	13,94
118	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING) (SUS 0204010187)	UN	890,000	2,63	2.340,70
119	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (SUS 02.07.03.001-4)	UN	120,000	403,13	48.375,60
120	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (SUS 02.07.01.002-1)	UN	120,000	403,13	48.375,60
121	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (SUS 02.07.03.002-2)	UN	120,000	403,13	48.375,60
122	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL (SUS 02.07.01.003-0)	UN	120,000	403,13	48.375,60
123	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA (SUS 02.07.01.005-6)	UN	120,000	403,13	48.375,60
124	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE (SUS 02.07.02.001-9)	UN	120,000	541,88	65.025,60
125	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (SUS 02.07.01.006-4)	UN	120,000	403,13	48.375,60
126	RESSONANCIA MAGNETICA DE LOMBO SACRA (SUS 02.07.01.004-8)	UN	120,000	403,13	48.375,60
127	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (SUS 02.07.03.003-0)	UN	120,000	403,13	48.375,60
128	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (SUS 02.07.02.002-7)	UN	120,000	403,13	48.375,60
129	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (SUS 02.07.01.007-2)	UN	120,000	403,13	48.375,60
130	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (SUS 02.07.02.003-5)	UN	120,000	403,13	48.375,60
131	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES (SUS 02.07.03.004-9)	UN	120,000	403,13	48.375,60
132	RETINOGRAFIA BINOCULAR (SUS 02.11.06.017-8)	UN	360,000	37,02	13.327,20



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

133	RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE (ANGIO) (SUS 02.11.06.018-6)	UN	360,000	96,00	34.560,00
134	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA) (SUS 0204010195)	UN	1,000	73,28	73,28
135	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS (SUS 0204010209)	UN	1,000	9,66	9,66
136	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO (SUS 02.11.02.006-0)	UN	240,000	45,00	10.800,00
137	TOMOGRRAFIA CERVICAL COM CONTRASTE (SUS 02.06.01.001-0)	UN	240,000	130,14	31.233,60
138	TOMOGRRAFIA CERVICAL SEM CONTRASTE (SUS 02.06.01.001-0)	UN	240,000	130,14	31.233,60
139	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (SUS 02.06.03.001-0)	UN	240,000	207,95	49.908,00
140	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE. (SUS 02.06.01.002-8).	UN	240,000	151,65	36.396,00
141	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (SUS 02.06.01.003-6).	UN	240,000	130,14	31.233,60
142	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE /ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES (SUS 02.06.01.004-4)	UN	240,000	130,13	31.231,20
143	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR S/ CONTRASTE (SUS 02.06.03.003-7).	UN	240,000	207,95	49.908,00
144	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) (SUS 02.06.02.002-3).	UN	240,000	130,13	31.231,20
145	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SUS 02.06.01.006-0)	UN	240,000	146,16	35.078,40
146	TOMOGRRAFIA DE CRANIO (SUS 02.06.01.007-9)	UN	240,000	146,16	35.078,40
147	TOMOGRRAFIA DE TORAX (SUS 02.06.02.003-1)	UN	240,000	204,62	49.108,80
148	TOMOGRRAFIA MEMBRO INFERIOR (SUS 02.06.03.002-9)	UN	240,000	130,13	31.231,20
149	TOMOGRRAFIA MEMBRO SUPERIOR (SUS 02.06.02.001-5)	UN	240,000	130,13	31.231,20
150	TOMOGRRAFIA PESCOÇO (SUS 02.06.01.005-2)	UN	240,000	130,13	31.231,20
151	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA (SUS 02.06.01.008-7)	UN	240,000	207,95	49.908,00
152	TONOMETRIA (SUS 02.11.06.025-9)	UN	360,000	5,06	1.821,60
153	ULTRASSON OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (SUS 02.05.02.015-1)	UN	240,000	148,50	35.640,00
154	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (SUS 0205020038)	UN	50,000	50,82	2.541,00
155	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (SUS 0205020046)	UN	111,000	79,70	8.846,70
156	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (SUS 0205020054)	UN	16,000	50,82	813,12
157	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO (SUS 0205020062)	UN	50,000	50,82	2.541,00
158	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (SUS 0205020070)	UN	10,000	50,82	508,20



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

159	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) (SUS 0205020089)	UN	10,000	50,82	508,20
160	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE (SUS 0205020216)	UN	50,000	50,82	2.541,00
161	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE (SUS 0205020208)	UN	1,000	25,41	25,41
162	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (SUS 0205020119)	UN	30,000	50,82	1.524,60
163	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL (SUS 0205020100)	UN	30,000	50,82	1.524,60
164	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (SUS 0205020127)	UN	20,000	50,82	1.016,40
165	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) (SUS 0205020135)	UN	30,000	50,82	1.524,60
166	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (SUS 0205010059)	UN	10,000	90,09	900,90
167	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL (SUS 0205020097)	UN	1,000	50,82	50,82
168	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICA PARA GESTANTES DE ALTO RISCO COM DOPLER.	UN	20,000	200,00	4.000,00
169	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA (SUS 0205020143)	UN	200,000	50,82	10.164,00
170	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (SUS 0205020151)	UN	20,000	148,50	2.970,00
171	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) (SUS 0205020160)	UN	2,000	50,82	101,64
172	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (SUS 0205020178)	UN	30,000	50,82	1.524,60
173	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (SUS 0205020186)	UN	50,000	50,82	2.541,00
174	URETROCISTOGRAFIA (SUS 0204050170)	UN	50,000	78,17	3.908,50
175	UROGRAFIA VENOSA (SUS 0204050189)	UN	20,000	86,10	1.722,00
176	VIDEOLARINGOSCOPIA (SUS 02.09.04.004-1)	UN	240,000	68,25	16.380,00
				<b>Total Geral</b>	<b>1.742.554,59</b>





**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 06/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 41/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 41/2014 - 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 06/2014 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 06/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 41/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 41/2014 - FMS**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS**

DECLARO, para fins de habilitação ao Edital de Chamamento Público nº 06/2014 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 06/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 41/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 41/2014 - 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 06/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 41/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 41/2014 - FMS**

**ANEXO VI**

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

Empresa \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, 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 06/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 41/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 41/2014 - 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 + ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014, 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 06/2014.**

**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<sup>a</sup>. 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**



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**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 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 + ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014**, conforme Processo Licitatório n.º 41/2014 – Credenciamento n.º 06/2014 - 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 + **ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014**.

## **III – DA RELAÇÃO DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS E DOS PREÇOS FIXADOS**

**Cláusula Terceira** – Pelo presente contrato, a CONTRATADA, credenciada através do Processo Administrativo n.º 41/2014, Edital de Chamamento Público n.º 06/2014, se compromete a realizar os serviços para os quais se credenciou, nas condições estabelecidas no edital e pelo preço fixado na TABELA SUS + **ACRESCIMOS DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 10/09/2014**.

## **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 06/2014;
- 4.3.** Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado e autorizar a emissão da nota fiscal dos serviços aprovados;



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**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;

**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;



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

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**

**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 irreajustáveis.

**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 o 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





## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

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:

**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** anotará, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução do Contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**XIII – DA INEXECUÇÃO, RESCISÃO OU DESCRENCIAMENTO.**

**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 06/2014;

**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 :