



## **ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

### **PROCESSO LICITATÓRIO Nº 44/2019 EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2019**

CONSIDERANDO a responsabilidade que o Município possui pela organização e garantia de acesso aos serviços especializados de saúde para o seu Território e Referência, e a PPI - Programação Pactuada e Integrada;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.567, de 25 de novembro de 2016, dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a crescente ampliação da oferta de Serviços Especializados em Saúde da Rede Municipal de Saúde, especialmente com a ampliação da Estratégia de Saúde da Família, que refletem diretamente na solicitação de exames de média complexidade;

CONSIDERANDO a Lei Nº 16.159 de 7 de novembro de 2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro aos Municípios do Estado de Santa Catarina destinado a consultas e exames de média e alta complexidade;

CONSIDERANDO o interesse em dispor de uma rede de serviços de saúde mais ampla e bem-disposta à coletividade;

CONSIDERANDO a Lei 8.666/93, de 21 de junho de 1993, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos;

CONSIDERANDO as informações levantadas pela Secretaria Municipal de Saúde, somar número significativo de demanda reprimida nos diversos procedimentos com finalidade diagnóstica;

CONSIDERANDO que em atenção à necessidade de resguardar a população dependente do Sistema Único de Saúde – SUS a realização de determinados exames, optou-se pela seleção de exames pelos quais os munícipes necessitam com maior frequência, com valores complementares, baseados pela pesquisa efetuada pela Secretaria Municipal de São Bonifácio;

CONSIDERANDO que os exames não licitados anteriormente deixaram de ser oferecidos pelo Estado – SUS, em provável desatualização de valores e dificuldade de atendimento das demandas com o preço defasado;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços;

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – **SÃO BONIFÁCIO-SC**



## ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

CONSIDERANDO a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.508 de 28/06/2011 que regulamenta a Lei 8080, e que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a busca pela melhoria do acesso à assistência nas Regiões de Saúde e o elevado número de deslocamento de pacientes na busca de atendimentos especializados, principalmente referenciados para a Capital, elevando o custo dos recursos financeiros destinados ao Tratamento Fora de Domicílio, já que na maioria das especialidades, a oferta de serviços é menor que a demanda de solicitações, resultando em filas para realização de consultas e exames especializados;

CONSIDERANDO que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, consoante disposição do art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil – CRFB/1988 entendeu-se por bem inaugurar os procedimentos atinentes a presente Chamada Pública.

### RESOLVE:

Tornar público o Edital de Chamada Pública N° 03/2019, visando à seleção e possível Contratação de entidades prestadoras de serviços de assistência a saúde na área ambulatorial, para o conjunto total de procedimentos constantes no Anexo I deste Edital, com base na Tabela Unificada de Procedimentos/SUS do Ministério da Saúde, para complementar os serviços da rede municipal de saúde, municípios que compõem a Comissão Intergestores Regional de Saúde da Grande Florianópolis, além dos municípios constantes no território de Santa Catarina (conforme necessidade e interesse dos municípios).

### 1. DO OBJETO

Contratação de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde para os procedimentos que constam no anexo I deste edital, discriminados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM), disponível através do SIGTAP.

– Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde - SUS”, que se encontra disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br>, conforme Termo de Referência (Anexo I).

1.1. O Termo de Referência (Anexo I) apresenta a descrição detalhada da necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, segundo a organização da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”.

### 2. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – **SÃO BONIFÁCIO-SC**



## ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

Constituição Federal, arts. 37, XXIII e 199; Lei 8.080/90, arts. 24 e seguintes; Lei 8.666/93 e alterações.

### 3. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Os interessados deverão apresentar a documentação de habilitação e qualificação técnica, na forma exigida em envelopes separados fechados dirigidos ao Setor de Compras e Licitações da Prefeitura Municipal de São Bonifácio, a partir da data da publicação deste Edital, das 12h00min às 18h00min na Prefeitura Municipal de São Bonifácio, situada na Avenida 29 de Dezembro, nº 12, de maneira que os interessados deverão apresentar a documentação a partir do dia **23/09/2019**, desde que satisfaçam os requisitos e expressamente acatem as condições do poder público.

O credenciamento terá vigência de (01) um ano, a partir da assinatura do contrato de credenciamento, prorrogável pelo período de mais (01) um ano, enquanto houver interesse da Secretaria Municipal de Saúde.

Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital, sem que caibam reclamações ou indenizações.

#### 3.1 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

Os documentos correspondentes à habilitação deverão ser entregues em original ou em cópia autenticada em Cartório, em envelope hermeticamente fechado de forma a não permitir a visualização de seu conteúdo, com a seguinte descrição externa:

**ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO SETOR DE LICITAÇÃO  
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 44/2019  
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2019  
RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE**

##### 3.1.1 - RELATIVOS À CAPACIDADE JURÍDICA

- a) Identificação do proponente, com CNPJ, nome, endereço, inscrição municipal e todas as formas de contato (telefone, fax e e-mail);
- b) Cédula de Identidade e Certidão de Matrícula na Junta Comercial, no caso de firma individual;

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – **SÃO BONIFÁCIO-SC**



## ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

- c) Ato Constitutivo (estatuto ou contrato social) devidamente registrado e acompanhado das alterações posteriores, em se tratando de Sociedades Comerciais, e, no caso de Sociedades por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- d) Registro do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades Civas, acompanhada de alterações e prova de diretoria em exercício;
- e) Decreto de Autorização, devidamente arquivado, 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 o exigir;
- f) Declaração afirmando estar ciente das condições do Edital de Chamada Pública nº. **03/2019**, que assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio, conforme Anexo II;
- g) Declaração de Aceite dos preços praticados pela Tabela SUS Atualizada para pagamento dos procedimentos contratados, estando também ciente de que os reajustes aplicados aos referidos procedimentos obedeceram às determinações do Ministério da Saúde, conforme Anexo III;
- h) Alvará Sanitário da sede, atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal;
- i) Alvará de Funcionamento Atualizado;
- j) Dados de identificação de conta bancária: identificação do Banco, número da agência e da conta corrente;
- k) Declaração emitida pela empresa atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz);
- l) Declaração de que nenhum dos sócios das empresas licitantes ocupem cargos políticos em nenhuma das esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal) conforme artigo 54 da Constituição Federal
- m) Não será aceito protocolo de solicitação de alvará.

### 3.1.2 - RELATIVOS À REGULARIDADE FISCAL

- a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;



## **ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

- c) Certidões de regularidade de situação para com a Fazenda Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União), Estadual e Municipal, sendo os dois últimos expedidos pela localidade sede;
- d) Certidão de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), fornecida pela Caixa Econômica Federal, de acordo com o art. 27, “a”, da Lei Federal nº 8.036 de 11/05/1990;
- e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

### **3.1.3 - RELATIVOS À IDONEIDADE FINANCEIRA**

- a) Demonstrativos financeiros consistentes do balanço e demonstração de resultados do último exercício social, considerados forma e calendários legais, assinados pelo contador da firma reconhecida;
- b) Certidões Negativas de pedido de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física, modelo deverão ser solicitadas tanto no sistema e-Proc quando no antigo SAJ.

### **3.2 – OBSERVAÇÕES**

3.2.1 - As certidões que não indicarem o prazo de validade deverão ter sido expedidas, no máximo, até 180 (cento e oitenta) dias antes da data de recebimento das propostas;

3.2.2 - Os balanços deverão conter as assinaturas dos sócios e do contador responsável da proponente, o número das folhas do livro diário, bem como seu registro na Junta Comercial ou Cartório de registro de Títulos e documentos.

### **3.3 – DOCUMENTOS RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS**

**ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO SETOR DE LICITAÇÃO  
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 44/2019  
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2019  
RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE**



## ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

3.3.1 - A proponente deverá apresentar para qualificação técnica e oferta de serviços no Envelope nº. 02, hermeticamente fechado de forma a não permitir a visualização de seu conteúdo, em original ou em cópia autenticada em Cartório, os seguintes documentos:

- a) Declaração indicando sua capacidade instalada, bem como sua proposta de oferta para os procedimentos que constam no anexo I deste edital, conforme modelo proposto no anexo V, obedecendo à nomenclatura e codificação contidas na Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde;
- b) Comprovante de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- c) Registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- d) Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do prestador, informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, quando for o caso (Anexo IV);

### 4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS

- a) Apresentar a documentação exigida neste Edital;
- b) Só poderão participar prestadores de serviços pertencentes a Regional de Florianópolis:
  - c) Atender os pacientes agendados, no horário das 07h00min às 12h00min e das 13h00min às 16h00min de segunda a sexta feira;
  - d) Disponibilizar, de acordo com o interesse da Secretaria de Saúde, profissionais, materiais e insumos necessários para a realização dos procedimentos;
  - e) Fornecer os resultados de exames no prazo de até 10 (dez) dias, a contar da data da realização, devendo-se ser realizado em formulário próprio entregue ao paciente ou responsável na sede do prestador;
  - f) Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela SMS e os demais pacientes atendidos pelo prestador;
  - g) Os prestadores não poderão transferir a outrem as obrigações assumidas no contrato, salvo autorização, por escrito, da SMS, sob pena de rescisão do contrato;
  - h) Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;**
  - i) Os prestadores responderão exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a SMS;



## **ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

- j) Os prestadores deverão manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
- k) Não poderá haver quaisquer obstáculos ou impedimentos às vistorias técnicas que serão realizadas pela Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio.
- l) Repetir a realização de exames sem nova cobrança ou qualquer custo adicional sempre que houver diagnóstico duvidoso pelos médicos da rede de saúde da SMS;
- m) Utilizar o sistema SIA/SUS, através do BPA Magnético APAC/SUS para apresentação da produção mensal;
- n) Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da SMS durante a vigência do contrato;
- o) O Município de São Bonifácio se reserva o direito de suspender preventivamente o prestador credenciado pelo prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, para investigar eventuais indícios de irregularidades no serviço público prestado, estas que estejam em desacordo com as normas deste Edital, bem como aos princípios e normas do SUS, inclusive em relação ao bom atendimento ao público, o que deverá ser realizado mediante procedimento próprio pela Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio, devendo-se assegurar o contraditório e a ampla defesa.

### **5 - NÃO PODERÃO CONTRATAR**

5.1 - Aqueles que deixarem de cumprir qualquer item deste Edital.

5.2 - Prestadores declarados inidôneos por órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, federal, estadual, municipal ou Distrito Federal.

5.3 - Aqueles que se encontrar em processo de falência ou recuperação judicial, concordatária, concurso de credores, dissolução e liquidação.

### **6. DO CRITÉRIO DE ESCOLHA DAS PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

6.1 – Todo o Estabelecimento interessado em participar desse Edital de Chamamento Público e ofertarem o valor da tabela SUS (SIGTAP), automaticamente estará credenciados, caso contrário a escolha se fará pelo estabelecimento que ofertar o menor valor no complemento Financeiro.

6.2 – O Município deverá divulgar em todas as Unidades de Saúde, os estabelecimentos credenciados em ordem alfabética, contendo nome, telefone e endereço.

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

**Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – SÃO BONIFÁCIO-SC**



## **ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

6.3 – O pagamento será realizado pelo serviço efetivamente prestado, de modo que não haverá distribuição do teto financeiro.

### **7. DAS VISTORIAS TÉCNICAS**

7.1 A Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio realizará visitas técnicas na sede de todos os proponentes, independente de prévio agendamento, para verificação da capacidade instalada e das reais condições de cumprimento dos itens constantes nesse Edital.

7.2 As vistorias técnicas serão realizadas a qualquer momento, mesmo após a assinatura do contrato, a critério da SMS e da Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio.

### **8. DA SELEÇÃO**

8.1 Serão selecionados os prestadores que atenderem a todas as exigências do presente edital e obtiverem declaração de não objeção à assinatura do contrato expedida pela Comissão de Contratualização dos Serviços de São Bonifácio após a realização da vistoria técnica.

### **9. DO CONTRATO**

9.1 Os prestadores selecionados serão chamados para assinatura do contrato (Anexo VI), com a observação de que não haverá teto financeiro, uma vez que o serviço será de acordo com a produção apresentada.

### **10. DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO**

10.1 Todos os contratados deverão utilizar o Sistema SIA/SUS para realização do fechamento de sua produção mensal.

10.2 - O relatório de produção mensal deverá ser protocolizado junto a Secretaria Municipal de Saúde até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço.

**10.3 – Juntamente com o relatório de produção mensal deverá ser entregue as requisições dos procedimentos e formulários padrões do SUS para possíveis auditorias.**



## **ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

10.4 - Após a realização da Auditoria analítica e do processamento da produção, a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizará o relatório de crítica contendo os valores aprovados para pagamento ao prestador, relatório este que será disponibilizado de acordo com as datas impostas pelo Ministério da Saúde para disponibilização das versões dos sistemas de processamentos de dados;

10.4.1 – No caso de haver aplicação de glosa na produção apresentada, o prestador será informado e terá a oportunidade de corrigir os erros antes do processamento final da produção;

10.4.2 – Após a realização do processamento final da produção, permanecendo os erros, será descontado no valor final da produção, o correspondente à glosa aplicada, sendo permitida a reapresentação dos procedimentos glosados na competência seguinte;

10.5 - A partir da divulgação do relatório de crítica ao prestador, o mesmo deverá apresentar a Nota Fiscal a Secretaria Municipal de Saúde para o respectivo “aceite” e encaminhamento ao Departamento Administrativo Financeiro para proceder ao pagamento;

10.6 – Ficará definida a data limite para pagamento até o Trigesimo dia útil após o efetivo pagamento da produção apresentada pelo Ministério da Saúde.

### **11 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

11.1 As despesas decorrentes das contratações realizadas a partir deste edital de credenciamento correrão por conta das Dotações Orçamentárias previstas no orçamento de 2019.

### **12 - DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**

12.1 As impugnações ao edital deverão ser efetuadas por escrito, endereçadas ao Setor de Licitações, e protocoladas no endereço constante no preâmbulo deste edital, no prazo de cinco dias úteis contados da data da publicação do presente Edital.

12.2 Caberá ao Município de São Bonifácio, através do Fundo Municipal de Saúde analisar e decidir sobre a petição de impugnação no prazo de dois dias úteis.

### **13. DISPOSIÇÕES FINAIS**

13.1 O Extrato do presente edital será publicado no Diário Oficial da União e Diário Oficial do Município e o Edital na íntegra, com seus anexos, estarão disponíveis no site: <https://www.saobonifacio.sc.gov.br/>

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – **SÃO BONIFÁCIO-SC**



## **ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

13.2 A Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio terá o prazo de até 15 dias após a data final de recebimento dos envelopes de documentação para avaliar e divulgar o resultado.

13.3 Fazem parte deste Edital os seguintes documentos:

Anexo I – Termo de Referência

Anexo II – Declaração de Aceitação do Edital

Anexo III – Declaração de Aceitação dos preços

Anexo IV – Relação dos Profissionais que compõem a equipe técnica

Anexo V – Declaração da Capacidade Instalada total de atendimentos e proposta de oferta para o SUS

Anexo VI – Minuta de contrato

13.4 Esclarecimentos e informações a respeito deste Edital serão prestadas pela Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio, em dias úteis das 13:00hs as 17:00hs, na sede da SMS, na Rua Clemente Lehmkuhl , nº 42, Centro , São Bonifácio – SC, ou pelo telefone 32520064.

São Bonifácio, 23 de Setembro de 2019.

---

Ricardo de Souza Carvalho  
Prefeito Municipal



# ESTADO DE SANTA CATARINA

## PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

### ANEXO I

#### TERMO DE REFERÊNCIA

Este termo de referência tem como finalidade detalhar a relação dos procedimentos de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de São Bonifácio, utilizando para isso, os códigos e a organização e da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS a serem contratados.

O Edital nº 03/2019 tem por objetivo contratar Prestadores de Serviços de Saúde para os procedimentos que constam no anexo I deste edital, com capacidade instalada capaz de oferecer os exames contemplados na Tabela de Procedimentos do SUS, conforme seguem abaixo descritos:

<b>GRUPO</b>	<b>02</b>	<b>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>03</b>	<b>DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGICA</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>NOME</b>	<b>VALOR SIGTAP</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>TOTAL</b>
0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	24,00	<b>24,00</b>	<b>48,00</b>
0201010470	BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE – PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA)	23,73	<b>476,27</b>	<b>500,00</b>
0201010585	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	66,48	<b>433,52</b>	<b>500,00</b>

<b>GRUPO</b>	<b>02</b>	<b>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>04</b>	<b>DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>NOME</b>	<b>VALOR SIGTAP</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>TOTAL</b>
0204030030	MAMOGRAFIA	22,50	<b>47,50</b>	<b>70,00</b>

<b>GRUPO</b>	<b>02</b>	<b>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>05</b>	<b>DIAGNOSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>NOME</b>	<b>VALOR SIGTAP</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>TOTAL</b>
0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	39,60	<b>130,40</b>	<b>170,00</b>

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – **SÃO BONIFÁCIO-SC**



## ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS	39.60	130,40	170,00
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	39.60	130,40	170,00
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAS	39.60	130,40	170,00
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE AORTA E VASOS ILIACOS	39.60	130,40	170,00
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	39.60	70,40	110,00
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	39,94	120,40	160,00
0205020020	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	14,81	14,81	29,62

<b>GRUPO</b>	<b>02</b>	<b>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>06</b>	<b>DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>NOME</b>	<b>VALOR SIGTAP</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>TOTAL</b>
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE	86,76	130,00	216,76
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBO SACRA C/O U S/ CONTRASTE	101,10	160,00	201,10
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA TORACICA C/O U S/ CONTRASTE	86.76	130,00	216,76
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	86,75	130,00	216,75
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	97,44	120,00	217,44
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	86,75	130,00	201,76
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	86,75	130,00	201,76
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	136.41	50,00	186,40
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	138.63	100,00	238,63
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE	86.75	130,00	216,75

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

**Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – SÃO BONIFÁCIO-SC**



## ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

	ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR			
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BÁCIA/ABDOMEN INFERIOR	138,63	100,00	238,63
XXXXXXXX	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	0,00	290,00	290,00
XXXXXXXX	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	0,00	290,00	290,00
XXXXXXXX	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE/BÁCIA/ABDOMEN INFERIOR	0,00	290,00	290,00

<b>GRUPO</b>	<b>02</b>	<b>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>07</b>	<b>DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b>

CÓDIGO	NOME	VALOR SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL
0207010030	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	268,75	100,00	368,75
0207010048	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	268,75	100,00	368,75
0207010056	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE	268,75	100,00	368,75
0207010064	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO C/ CONTRASTE	268,75	100,00	368,75
0207020027	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	268,75	100,00	368,75
0207020035	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	268,75	100,00	368,75
0207030014	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	268,75	100,00	368,75
0207030022	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR C/ CONTRASTE	268,75	100,00	368,75
0207030030	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	268,75	100,00	368,75
0417010060	PORTE ANESTÉSICO (SEDAÇÃO) ADULTO/INFANTIL RESSONANCIA	15,15	249,85	265,00
0417010060	PORTE ANESTÉSICO (SEDAÇÃO) ADULTO/INFANTIL TOMOGRAFIA	15,15	254,85	270,00

<b>GRUPO</b>	<b>02</b>	<b>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>08</b>	<b>DIAGNOSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b>

CÓDIGO	NOME	VALOR SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL
0208010025	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	408,52	0,00	408,52



## ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

0208010033	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECoes)	383,07	0,00	383,07
0208030042	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	338,70	0,00	338,70
0208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	190,99	0,00	190,99
0208020110	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	135,38	0,00	135,38
0208030026	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	77,28	70,00	147,28
0208030018	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	324,54	0,00	324,54

<b>GRUPO</b>	<b>02</b>	<b>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>09</b>	<b>DIAGNOSTICO POR ENDOSCOPIA</b>

CÓDIGO	NOME	VALOR SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	112,66	387,34	500,00
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	48,16	171,84	220,00
0209040041	VIDEOLARINGOSCOPIA	45,50	194,50	240,00

<b>GRUPO</b>	<b>02</b>	<b>PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>11</b>	<b>METODOS DIAGNOSTICO POR ESPECIALIDADE</b>

CÓDIGO	NOME	VALOR SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL
0211050083	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) 2 MEMBROS	27,00	423,00	450,00
0211080055	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	6,36	113,64	120,00
0211050059	ELETRONEUROGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	25,00	195,00	220,00
0211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	10,07	110,00	120,07
0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	30,00	90,00	120,00
0211020060	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	30,00	90,00	120,00
0211090018	AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA	7,62	502,38	510,00
0211060143	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	24,24	24,24	48,48
0211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	40,00	40,00	80,00
0211060178	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	24,68	24,68	49,36

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – **SÃO BONIFÁCIO-SC**



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

0211060186	RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	64,00	<b>64,00</b>	<b>128,00</b>
0211050105	POLISSONOGRRAFIA	125,00	<b>300,00</b>	<b>425,00</b>
0211060100	FUNDOSCOPIA	3,37	<b>8,63</b>	<b>12,00</b>

<b>GRUPO</b>	<b>03</b>	<b>PROCEDIMENTOS CLINICOS</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>01</b>	<b>CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>NOME</b>	<b>VALOR SIGTAP</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>TOTAL</b>
0301010072	MÉDICO CIRURGIA VASCULAR	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO NEUROLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO ORTOPEDISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO PNEUMOLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO PSIQUIATRA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO REUMATOLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO OFTALMOLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO UROLOGISTA/NEFROLOGIA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO ALERGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO DERMATOLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO CIRURGIA GERAL	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
	MÉDICO CARDIOLOGISTA	10,00	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>

<b>GRUPO</b>	<b>07</b>	<b>ORTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>01</b>	<b>ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NÃO RELACIONADOS AO ATO CIRURGICO</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>NOME</b>	<b>VALOR SIGTAP</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>TOTAL</b>
0701040050	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS ADULTO	28,00	<b>161,00</b>	<b>189,00</b>
0701040050	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS ADULTO MULTIFOCAL	28,00	<b>261,00</b>	<b>289,00</b>
0701040050	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS INFANTIL	28,00	<b>131,00</b>	<b>159,00</b>



# ESTADO DE SANTA CATARINA

## PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

<b>GRUPO</b>	<b>08</b>	<b>ORTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS</b>
<b>SUBGRUPO</b>	<b>01</b>	<b>SAÚDE AUDITIVA</b>

CÓDIGO	NOME	VALOR SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL
<b>1º ATENDIMENTO - AVALIAÇÃO INICIAL</b>				
0211070092	AVALIAÇÃO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA	24,75	0,00	24,75
0211070041	AUDIOMETRIA TONAL LINEAR	21,00	21,00	42,00
0211070203	IMITANCIOMETRIA	23,00	23,00	46,00
0211070211	LONGOAUDIOMETRIA	26,25	26,25	52,50
0311070319	SELEÇÃO DE APARELHO AUDITIVO (AASI)	8,75	0,00	8,75
<b>2º ATENDIMENTO - ADAPTAÇÃO AASI</b>				
0701030038 0703010062 0701030097 0701030127	APARELHO AUDITIVO TIPO A	525,00	0,00	525,00
0701030046 0701030070 0701030100 0701030135	APARELHO AUDITIVO TIPO B	700,00	0,00	700,00
0701030054 0701030089 0701030119 0701030143	APARELHO AUDITIVO TIPO C	1.100,00	0,00	1.100,00
<b>3º ATENDIMENTO - RETORNO DE ADAPTAÇÃO</b>				
0301070032	CONSULTA DE RETORNO DE ADAPTAÇÃO	21,68	0,00	21,68
0211070033	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	20,13	20,13	40,26
XXXXXXX	AUDIOMETRIA COM GANHO DE INSERÇÃO	XXXXXXX	24,00	24,00
<b>4º ATENDIMENTO - ACOMPANHAMENTO SEMESTRAL ( REALIZADO A CADA 6 MESES)</b>				
0301070032	CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO	21,68	0,00	21,68
0211070041	AUDIOMETRIA TONAL LINEAR	21,00	21,00	42,00
0211070203	IMITANCIOMETRIA	23,00	23,00	46,00
0211070211	LONGOAUDIOMETRIA	26,25	26,25	52,50
0211070033	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	20,13	20,13	40,26
XXXXXXX	AUDIOMETRIA COM GANHO DE INSERÇÃO	XXXXXXX	24,00	24,00

Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – SÃO BONIFÁCIO-SC



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO EDITAL**

A empresa ....., pessoa jurídica de direito privado, com sede na .....-SC, inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal abaixo firmado, vem declarar que possui pleno conhecimento, e manifestar inteira concordância, com todos os termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° 03/2019, que trata da seleção e possível contratação de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde para os procedimentos que constam no anexo I deste edital, discriminados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS”, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio.

São Bonifácio,.....de 2019.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS**

A empresa ....., pessoa jurídica de direito privado, com sede na....., SC, inscrita no CNPJ ....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal abaixo firmado, vem manifestar sua aceitação aos preços praticados pela “Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS” para pagamento dos procedimentos contratados, estando também ciente de que os reajustes aplicados aos referidos procedimentos obedeceram às determinações do Ministério da Saúde.

São Bonifácio,.....de 2019.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

**ANEXO IV**

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM EQUIPE TÉCNICA**

Empresa: CNPJ:.....

Nome do Profissional	CPF	Cargo	Função	Carga Horária Semanal	Número no conselho Profissional (quando for o caso)



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

**ANEXO V**

A empresa ....., pessoa jurídica de direito privado, com sede na .....-SC, inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal abaixo firmado, em atenção ao EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº N° 03/2019, vem declarar que possui capacidade de oferta mensal dos procedimentos que constam no anexo I deste edital, descritas conforme quadro abaixo:

**CAPACIDADE INSTALADA E PROPOSTA DE OFERTA PARA O SUS**

<b>CÓDIGO PROCEDIMENTO</b>	<b>Capacidade instalada de oferta (em quantidade mensal)</b>	<b>Capacidade Instalada (número de equipamentos)</b>	<b>Proposta para o SUS em quantidade</b>



# ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

## ANEXO VI

### MINUTA DE CONTRATO n°

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SÃO BONIFÁCIO, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E...

O Município de São Bonifácio -SC, pessoa jurídica de direito público, situada à Avenida 29 de Dezembro n° 12, Centro – São Bonifácio – SC, através da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 085.799.49/0001-08, situada à Rua Clemente Lehmkuhl, 42, Centro – São Bonifácio – SC, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada, por sua Gestora, Mabel Magagnin Possamai, portadora do RG n.º \_\_\_\_\_-SSP/SC e inscrito no CPF/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, e ..., resolvem firmar o presente contrato, decorrente do Edital de Chamada Pública n° 03/2019, cujo Edital fica fazendo parte integrante deste, mediante cláusulas e condições a seguir enunciadas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Contratação de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde para a realização dos procedimentos que constam no Edital de Chamada Pública N° N° 03/2019, descritos na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, que se encontra disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br>, conforme Termo de Referência (Anexo I) e especificações descritas no Edital.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente contrato será regido na íntegra pela Constituição Federal, art. 199; Lei 8.080/90, arts. 24 e seguintes; Lei 8.666/93 e alterações e demais normas da legislação vigente aplicável.

#### CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa decorrente deste contrato correrá por conta do Orçamento Fiscal de 2019 do Fundo Municipal de Saúde de São Bonifácio, conforme descrito na Cláusula Terceira deste Termo, com as seguintes características:

Órgão: 1501.2037. 3390.0000.0164

Órgão: 1501.2037. 3390.0000.0152

Órgão: 1501.2037. 3390.0000.0000

#### CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES, DO LOCAL E DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – **SÃO BONIFÁCIO-SC**



## **ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

A prestação dos serviços deverá ocorrer conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no Edital:

1. Realizar os procedimentos descritos no Termo de Referência, de acordo com os fluxos de acesso definidos pelo Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio, devendo disponibilizar integralmente a quantidade a ser contratada, devendo haver distribuição total dos horários necessários para cobrir a demanda do município, bem como fornecer os resultados dos procedimentos realizados no prazo de até 10 (dez) dias, a contar da data da realização, devendo-se ser realizado em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador ou pela internet, observando, neste caso, todas as garantias referentes à privacidade e segurança das informações;
2. Atender os pacientes agendados no horário das 07h00min às 12h00min e das 13h00min às 16h00min de segunda a sexta feira;
3. Disponibilizar, de acordo com o interesse da Secretaria de Saúde, profissionais, materiais e insumos necessários para a realização dos exames na rede municipal de saúde;
4. Fornecer os resultados dos procedimentos em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador;
5. As proponentes deverão, através de sua capacidade instalada, realizar o elenco dos procedimentos discriminados no Anexo I – Termo de Referência, inclusive para os procedimentos de maior complexidade, desde que de interesse da Secretaria Municipal de Saúde;
6. Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela SMS e os demais pacientes atendidos pelo prestador;
7. Os prestadores não poderão transferir a outrem as obrigações assumidas no contrato, salvo autorização, por escrito, da SMS, sob pena de rescisão do contrato;
8. Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”. Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;
9. O contratado responderá exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;
10. O contratado deverá manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
11. Não poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pela Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio e pelo Serviço de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde;
12. Nos casos em que o laudo técnico suscitar dúvidas pelo médico solicitante, este deverá contatar com o prestador do serviço para esclarecimentos e, se necessário, o exame deverá ser refeito sem nova cobrança ou qualquer custo adicional;
13. Utilizar o sistema SIA/SUS para apresentação da produção mensal;
14. Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da SMS durante a vigência do contrato.

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

**Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – SÃO BONIFÁCIO-SC**



## **ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO**

### **CLÁUSULA QUINTA – DO PAGAMENTO**

O pagamento será efetuado através da apresentação da Nota Fiscal, em reais, devidamente conferida e aceita pela CONTRATANTE, mediante depósito em conta bancária, correspondente aos serviços efetivamente prestados.

Parágrafo Único: A Nota Fiscal será emitida com o valor correspondente ao relatório de crítica emitido mensalmente pela CONTRATANTE, utilizando-se o Sistema SIA/SUS.

### **CLÁUSULA SEXTA - DAS PENALIDADES**

Pela inexecução total ou parcial do contrato a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções, sem prejuízo daquelas previstas no art. 87 da Lei Federal nº. 8.666/93:

- a) pelo atraso injustificado no fornecimento dos serviços, ficará a CONTRATADA sujeita a multa de 0,33% (zero vírgula trinta e três por cento) ao dia, do valor da obrigação, se o atraso for até 30(trinta) dias. Excedido este prazo, a multa será em dobro;
- b) pela inexecução total ou parcial do Contrato, a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à CONTRATADA as sanções previstas nos incisos I, II e IV do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93 e multa de 20%(vinte por cento) sobre o valor dos serviços não prestados;
- c) as multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a outra;
- d) multa correspondente à diferença de preço resultante da nova licitação realizada para complementação ou realização da obrigação não cumprida;
- e) aplicadas as multas, a CONTRATANTE descontará do primeiro pagamento que fizer à CONTRATADA, após a sua imposição.

### **CLÁUSULA SÉTIMA - DO REAJUSTE DE PREÇO**

Os preços serão sempre aqueles praticados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS”, e os reajustes aplicados aos procedimentos constantes na referida Tabela, também obedecerão às determinações do Ministério da Saúde.

### **CLÁUSULA OITAVA – DA SUSPENSÃO POR INTERESSE DA CONTRATANTE**

A CONTRATANTE poderá, a qualquer tempo, suspender a prestação dos serviços, ou de parte deles, desde que notifique por escrito à CONTRATADA, conforme preceitua a Lei n.º 8.666/93 em seu artigo 78, inciso XIV.

### **CLÁUSULA NONA - GESTOR DO CONTRATO**

A CONTRATANTE designa a Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde de São Bonifácio, por intermédio da gestora Mabel Magagnin Possamai, para atuar como fiscal responsável pela execução do presente contrato, conforme determina o artigo 67 da Lei . nº. 8.666/93.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO PRAZO E DA VIGÊNCIA**

**Fones: (48) 3252-0111 / 3252-0112**

Avenida 29 de Dezembro, 12 – Centro – CEP 88485-000 – **SÃO BONIFÁCIO-SC**



## ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BONIFÁCIO

O prazo do contrato terá vigência a partir de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_, podendo ser prorrogado conforme art. 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores.

Parágrafo Único: Este contrato poderá, a qualquer tempo, ser alterado e ou prorrogado, mediante assinatura de Termo Aditivo, nos casos previstos no art. 65 da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo deverá ser publicado, no diário Oficial da União, Diário Oficial do Estado, Mural Público e sítio eletrônico do Município de São Bonifácio.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

Este contrato poderá ser alterado, exceto em seu objeto, nos casos previstos no artigo 65 da Lei nº 8.666/93, através de Termos Aditivos e por acordo entre as partes.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

O presente contrato poderá ser rescindido nos casos previstos no artigo 78 da Lei n.º 8.666/93, aplicando-se o disposto no seu artigo 77.

Parágrafo Único: Os casos da rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Santo Amaro da Imperatriz, Estado de Santa Catarina, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões resultantes do presente contrato não resolvidas na esfera administrativa.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente contrato na data abaixo indicada, em 03 (três) vias de igual teor e forma.

São Bonifácio,.....de 2019.

\_\_\_\_\_  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
CONTRATADO

Testemunhas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_