

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

**PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 27/2009**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO DE CLÍNICAS E/OU PROFISSIONAIS**  
**(PREÇO FIXADO CONFORME TABELA UNIFICADA**  
**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS)**

Considerando a necessidade da contratação de serviços de saúde (consultas e exames especializados) para o atendimento aos usuários do sistema de saúde pública;

Considerando a Resolução do Conselho Municipal de Saúde deste Município, que aprova a publicação de Edital para o credenciamento de clínicas e/ou profissionais para prestação de serviços de saúde em consultas e exames especializados, com valores constantes da TABELA UNIFICADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS;

**RESOLVE:**

*Convocar os prestadores de serviços de saúde interessados em oferecer serviços aos usuários do sistema de saúde do Município de Campo Alegre – SC, nas condições aqui estabelecidas.*

O **Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre-SC**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 01.941.360/0001-50, com sede à Irmã Amália Gueller, nº 22, na cidade de Campo Alegre-SC, representado pelo Gestor Sr. Deodato Raul Hruschka, CPF nº 004.238.669-15, faz saber a todos quantos interessarem, que está aberto prazo para inscrições de clínicas e/ou profissionais (especializados) para o **credenciamento de prestadores de serviços de saúde (consultas médicas especializadas e exames), com valores constantes da TABELA UNIFICADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.**

**1. Do objeto e condições**

1.1. O objeto do presente Edital é o **CREDENCIAMENTO** de Clínicas e/ou Profissionais, para a prestação de serviços de saúde, conforme valores constantes da TABELA UNIFICADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, abaixo transcritos nas Tabelas 1: Consultas Médicas Especializadas e 2: Exames, que o Município utiliza para seus usuários:

**TABELA 1: CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS**

<b>Código do procedimento</b>	<b>Descrição do procedimento</b>	<b>TABELA DE PREÇO SUS (R\$) por consulta</b>	<b>Previsão de consumo mensal</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA	10,00	8
03.01.01.007-2	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	10,00	10
03.01.01.007-2	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	10,00	10

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

**TABELA 2: EXAMES**

<b>Código do procedimento</b>	<b>Descrição do procedimento</b>	<b>TABELA DE PREÇO SUS (R\$) por exame</b>	<b>Previsão de consumo mensal</b>
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA (CONTRASTE)	48,85	1
02.04.01.002-0	PLANIGRAFIA DE LARINGE	27,32	2
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA CAVUM (LATERAL+HIETZ) (CONTRASTE)	6,88	2
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA - POR GLÂNDULA (CONTRASTE)	48,85	1
02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA - POR MAMA (CONTRASTE)	57,16	1
02.04.03.008-0	RADIOLOGIA ESÔFAGO (CONTRASTE)	19,24	1
02.04.05.001-4	RADIOLOGIA CLISTER OPACO (DUPLO CONTRASTE)	47,76	2
02.04.05.003-0	RADIOLOGIA COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA (CONTRASTE)	32,61	1
02.04.05.005-7	RADIOLOGIA FISTULOGRAFIA	45,34	1
02.04.05.006-5	RADIOLOGIA HISTEROSALPINGOGRAFIA (CONTRASTE)	45,34	1
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO (CONTRASTE)	35,22	2
02.04.05.015-4	RADIOLOGIA TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO (CONTRASTE)	47,59	2
02.04.05.017-0	RADIOLOGIA URETROCISTOGRAFIA (CONTRASTE)	52,11	2
02.04.05.018-9	RADIOLOGIA UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ/PÓS-MICÇÃO	57,40	2
02.04.06.007-9	RADIOLOGIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA (CONTRASTE)	7,77	2
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	7,77	2
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	165,00	3
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁXICA	39,94	5
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO	42,90	6
02.05.02.001-1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	117,00	2
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAMA ABDOMEM SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, PÂNCREAS)	24,20	15
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO	24,20	8
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAMA PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	24,20	12
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	24,20	30
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	86,76	5
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	101,10	5
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	86,76	5
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DE FACE OU ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULAR	86,75	2
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE, E FARINGE)	86,75	3
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	97,44	1

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	97,44	15
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	86,75	3
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	86,75	1
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇOS, ANTREBRAÇOS, COXAS, PERNAS, MÃOS, PÉS).	86,75	5
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX	136,41	5
02.06.02.004-0	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	138,63	1
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDÔMEN SUPERIOR	138,63	10
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	86,75	3
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉLVE OU BACIA	138,63	10
02.09.01.004-5	LAPAROSCOPIA	2,78	1
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	23,13	2
02.09.01.006-1	VIDEOLAPAROSCOPIA	95,00	1
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	47,14	3
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	45,50	1
02.10.01.001-0	ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO	137,01	2
02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	504,43	1
02.10.01.011-8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL	504,43	1
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	3,38	3
02.11.05.006-7	ELETROMIOGRAMA (EMG) POR MEMBRO	27,00	2
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG P/MEMBROS)	27,00	5
02.11.08.002-0	GASOMETRIA	27,00	3
02.11.08.006-3	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES (ESPIROMETRIA)	4,28	1
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	8,82	5

1.1.1 - A contratação da clínica/profissional poderá ser realizada imediatamente após a homologação da inscrição do profissional/clínica pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde e formalização do contrato (conforme minuta constante do Anexo II).

1.1.1.1 – A homologação da inscrição que trata o item 1.1.1 somente poderá ser emitida após aprovação da documentação exigida neste Edital (item 6), através de emissão de Parecer da Comissão de Avaliação (que será criada para este fim).

1.1.2 – A tabela de preços terá validade de 01 (um) ano, contados da publicação deste Edital, podendo ser prorrogada, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

1.1.3 - Os serviços serão prestados na sede da empresa ou consultório médico credenciado.

## 2. Dos Prestadores de Serviço

2.1. Poderão credenciar-se a prestar os serviços referidos no item anterior, pessoas físicas ou jurídicas do ramo, desde que “habilitadas” (conforme

# **MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**

## **Fundo Municipal de Saúde**

---

dispõe o item 6) e atendam todas as disposições deste Edital.

### **3. Da Remuneração dos Serviços**

3.1. A remuneração dos serviços se dará unicamente com os valores fixados nas Tabelas 1: Consultas Médicas Especializadas e 2: Exames (constante do item 1 deste Edital), valores extraídos da Tabela SUS.

3.2. Os pagamentos serão efetuados pelo **CONTRATANTE**, no mês subsequente à prestação dos serviços executados (em até 5 dias após a entrega da nota fiscal), através de depósito em conta bancária da **CONTRATADA**, contra apresentação da nota fiscal de serviços, acompanhadas da 1ª (primeira) via de requisição de exames/consultas que deverá estar devidamente autorizada e assinada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Alegre-SC e ainda, deverá conter (na requisição) o nome do Usuários (municípe) atendido.

### **4. Dos Usuários dos Serviços**

4.1. Os usuários dos serviços são aqueles atendidos nas unidades de saúde ou encaminhados pelas mesmas, com **requisição de exames/consultas** devidamente autorizada, assinada e contendo o nome do Usuário.

### **5. Do Credenciamento dos Prestadores de Serviço**

5.1. As condições do credenciamento de prestadores de serviços do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE** são universais e, portanto, sob as mesmas condições para todos os prestadores de serviços, razão pela qual são firmadas num termo de disposições rígidas e inegociáveis, em que obrigam tanto o Município como os prestadores de serviços, após o deferimento de sua inscrição para o seu credenciamento.

5.2. O credenciamento se dá imediatamente após a homologação da inscrição do profissional/clínica pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde.

### **6. Das inscrições e habilitação para a prestação do serviço**

6.1. Para a “habilitação” os profissionais e/ou clínicas deverão inscrever-se para o credenciamento.

6.1.1 – A inscrição (que trata o item 6.1) inicia-se no dia 13 de agosto de 2009, sem data prevista para encerramento, e deverá ser feita através da entrega (no Serviço de Suprimentos, sito a Rua Cel. Bueno Franco, nº 292, Centro, Campo Alegre-SC, Cep. 89.294-000) da Solicitação de Credenciamento (modelo de requerimento constante do Anexo I) acompanhado dos seguintes documentos:

# **MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**

## **Fundo Municipal de Saúde**

---

### **Quando PESSOA JURÍDICA**

- a) Solicitação formal de Credenciamento (Requerimento), conforme Modelo (Anexo I);
- b) Cópia do alvará sanitário emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária, reconhecidamente apta para tal;
- c) Cópia do C.N.P.J;
- d) Cópia do Contrato Social, declaração de firma individual, Estatuto Social ou documento constitutivo, devidamente registrado no órgão competente e suas devidas alterações;
- e) Cópia de **diploma, títulos e/ou certificados** do(s) responsável(is) técnico(s);
- f) Comprovante de inscrição e regularidade da unidade (clínica) e dos profissionais no respectivo “Conselho Regional”;
- g) No caso de prestadores de serviços em **exames** relacionar os equipamentos disponíveis (à prestação do serviço);
- h) Cópia de Certidão Negativa de débito junto ao INSS;
- i) Certidão Negativa do FGTS.

### **Quando PESSOA FÍSICA**

- a) Solicitação formal de Credenciamento (Requerimento), conforme Modelo (Anexo I);
- b) Cópia do alvará sanitário emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária, reconhecidamente apta(o) para tal;
- c) Cópia do CPF;
- d) Cópia do RG;
- e) Cópia de **diploma, títulos e/ou certificados** do profissional;
- d) Comprovante de inscrição e regularidade do profissional no respectivo “Conselho Regional”.

6.2 A falta de quaisquer documentos é razão para o indeferimento da inscrição e motivação para a “inabilitação”.

6.3 Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços será convocado para firmar o Termo de Contrato (conforme minuta constante do Anexo II, parte integrante deste instrumento);

6.4 É de total responsabilidade da(o) empresa/profissional manter os documentos relativos à habilitação devidamente atualizados, sob pena de rescisão contratual e suspensão de pagamentos até que seja regularizada a documentação.

## **7. Das Disposições Finais**

7.1– Para obter cópia deste Edital e anexos, os interessados deverão acessar o site [www.campoalegre.sc.gov.br](http://www.campoalegre.sc.gov.br) ou [www.diariomunicipal.sc.gov.br](http://www.diariomunicipal.sc.gov.br) , ou ainda, solicitar o envio por e-mail (contato Serviço de Suprimentos 47- 3632-2266).

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

7.2 - A íntegra do presente Edital será publicado no Diário Oficial do Município ([www.diariomunicipal.sc.gov.br](http://www.diariomunicipal.sc.gov.br)), e ainda no *site* do Município ([www.campoalegre.sc.gov.br](http://www.campoalegre.sc.gov.br)).

7.3 - Fazem parte integrantes deste Edital, independentemente de sua transcrição:

- a. ANEXO I – Modelo Solicitação formal de Credenciamento (Requerimento);
- b. ANEXO II – Minuta contratual

Campo Alegre, 11 de agosto de 2009.

DEODATO RAUL HRUSCHKA  
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

PIERRE ANDRADE DOS SANTOS  
Assessor Jurídico  
OAB 15.760

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

**ANEXO I – MODELO REQUERIMENTO**  
**(Parte integrante do Edital de Credenciamento nº 27/2009)**

**REQUERIMENTO**

**1 EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 27/2009**

Pelo presente, atendendo aos preços fixados no Edital nº 27/2009, vimos oferecer aos usuários do Sistema de Saúde do Município de Campo Alegre, nossos serviços médicos, abaixo assinalado(s):

**TABELA 1: CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS**

<b>Código do procedimento</b>	<b>Descrição do procedimento</b>	<b>Destacar com “X” o procedimento requerido</b>	<b>PREÇO SUS (R\$) por consulta</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA		10,00
03.01.01.007-2	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA		10,00
03.01.01.007-2	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA		10,00

**TABELA 2: EXAMES**

<b>Código do procedimento</b>	<b>Descrição do procedimento</b>	<b>Destacar com “X” o procedimento requerido</b>	<b>PREÇO SUS (R\$) por exame</b>
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA (CONTRASTE)		48,85
02.04.01.002-0	PLANIGRAFIA DE LARINGE		27,32
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA CAVUM (LATERAL+HIETZ) (CONTRASTE)		6,88
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA - POR GLÂNDULA (CONTRASTE)		48,85
02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA - POR MAMA (CONTRASTE)		57,16
02.04.03.008-0	RADIOLOGIA ESÔFAGO (CONTRASTE)		19,24
02.04.05.001-4	RADIOLOGIA CLISTER OPACO (DUPLO CONTRASTE)		47,76
02.04.05.003-0	RADIOLOGIA COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA (CONTRASTE)		32,61
02.04.05.005-7	RADIOLOGIA FISTULOGRAFIA		45,34
02.04.05.006-5	RADIOLOGIA HISTEROSSALPINGOGRAFIA (CONTRASTE)		45,34
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO (CONTRASTE)		35,22
02.04.05.015-4	RADIOLOGIA TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO (CONTRASTE)		47,59
02.04.05.017-0	RADIOLOGIA URETROCISTOGRAFIA (CONTRASTE)		52,11
02.04.05.018-9	RADIOLOGIA UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ/PÓS-MICÇÃO		57,40
02.04.06.007-9	RADIOLOGIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA (CONTRASTE)		7,77
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA		7,77
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE		165,00
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁXICA		39,94
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO		42,90
02.05.02.001-1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO		117,00

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEM SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, PÂNCREAS)		24,20
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO		24,20
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)		24,20
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)		24,20
02.06.01.001-0	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE		86,76
02.06.01.002-8	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE		101,10
02.06.01.003-6	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE		86,76
02.06.01.004-4	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DE FACE OU ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULAR		86,75
02.06.01.005-2	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE, E FARINGE)		86,75
02.06.01.006-0	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA		97,44
02.06.01.007-9	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO		97,44
02.06.02.001-5	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR		86,75
02.06.02.001-5	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)		86,75
02.06.02.002-3	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇOS, ANTREBRAÇOS, COXAS, PERNAS, MÃOS, PÉS).		86,75
02.06.02.003-1	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX		136,41
02.06.02.004-0	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA		138,63
02.06.03.001-0	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDÔMEN SUPERIOR		138,63
02.06.03.002-9	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR		86,75
02.06.03.003-7	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉLVE OU BACIA		138,63
02.09.01.004-5	LAPAROSCOPIA		2,78
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA		23,13
02.09.01.006-1	VIDEOLAPAROSCOPIA		95,00
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA		47,14
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA		45,50
02.10.01.001-0	ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO		137,01
02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL		504,43
02.10.01.011-8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL		504,43
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA		3,38
02.11.05.006-7	ELETROMIOGRAMA (EMG) POR MEMBRO		27,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG P/MEMBROS)		27,00
02.11.08.002-0	GASOMETRIA		27,00
02.11.08.006-3	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES (ESPIROMETRIA)		4,28
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA		8,82

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

Declaramos, desde já, que aceitamos todas as condições do Edital do Credenciamento nº 27/2009 (e seus anexos), bem como prestaremos o serviço de acordo com a legislação vigente.

Endereço para atendimento (clínica/consultório): \_\_\_\_\_

---

**Observação:** Em anexo segue a documentação necessária à habilitação/inscrição.

Para fins de pagamento, informamos abaixo nossos dados bancários:

**Banco** \_\_\_\_\_

**Agência nº** \_\_\_\_\_

**Conta nº** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

**Atenciosamente,**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsável**

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

**ANEXO II – MINUTA CONTRATO**  
**(Parte integrante do Edital de Credenciamento nº 26/2009)**

CONTRATO Nº \_\_\_\_/2009.

TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ENTRE SI CELEBRAM DE  
UM LADO O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
CAMPO ALEGRE E DE OUTRO LADO

\_\_\_\_\_.

Pelo presente instrumento particular de contrato que entre si celebram, de um lado o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 01.941.360/0001-50, com sede à Irmã Amália Gueller, 22, em Campo Alegre -SC, neste ato representado pelo Gestor, Sr. Deodato Raul Hruschka, CPF nº 004.238.669-15, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, de outro lado \_\_\_\_\_ (qualificação pessoa jurídica ou física), de agora em diante denominada simplesmente de CONTRATADA, com fulcro na Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações posteriores, demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, celebram o presente Contrato de Prestação de Serviço de Saúde para o Sistema de Saúde do Município de Campo Alegre-SC, nos termos que seguem abaixo (em decorrência do Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 27/2009/Credenciamento):

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO**

I - O presente contrato tem por objeto a execução de serviços especializados no(s) seguinte(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_, conforme homologação da inscrição por parte do Gestor do Fundo Municipal de Saúde, em data de \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_\_.

II - Os serviços a serem prestados pela CONTRATADA serão oferecidos aos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Campo Alegre-SC, dentro dos limites quantitativos fixados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/Fundo Municipal de Saúde (FMS) e deliberados pelo Conselho Municipal de Saúde.

**1.1.1.1.1 CLÁUSULA SEGUNDA: DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

I – Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional e serão ofertados aos usuários com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde, mediante compatibilização das necessidades de demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

II – Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados no seguinte endereço \_\_\_\_\_.

III - A CONTRATADA não poderá cobrar do paciente ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos desse contrato.

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

IV - A CONTRATADA responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto em razão da execução deste contrato.

1.1.1.1.2 CLÁUSULA TERCEIRA: DO PRAZO

I - O presente contrato inicia-se na data de sua assinatura e expira em 31 de dezembro de 2009 (exercício financeiro), podendo ser prorrogado por mais 12 (doze) meses (respeitando o exercício financeiro vigente), até o limite de 60 (sessenta) meses.

II- Cabe a contratada manter todas as condições de habilitação exigidas no Edital do Credenciamento nº 26/2009.

1.1.1.1.3 CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

I – Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o arquivo médico;

II – Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

III – Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços.

IV – Justificar ao paciente, ou ao seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização e qualquer ato previsto no contrato.

V – Ficará responsável por todos os gastos relativos aos insumos, que forem necessários para a perfeita execução do presente contrato, exceto no caso de tomografia e ressonância nuclear magnética que será fornecido os contrastes.

VI – Notificar à SMS de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas.

VII – Cumprir com todas as obrigações de naturezas fiscais a parafiscais, que incidam ou venham incidir direta ou indiretamente sobre os produtos contratados.

VIII – Manter atualizadas (dentro do prazo de validade) todos os documentos de habilitação as Certidão Negativa emitida pelo Instituto Nacional da Seguridade Social e Certidão Negativa do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

**CLÁUSULA QUINTA: DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA**

I – A CONTRATADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente e aos órgãos da SMS/Fundo e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à CONTRATADA o direito de regresso.

II – A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes da SMS/Fundo não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

III – a responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

**CLÁUSULA SEXTA: DO PREÇO**

I - A SMS/Fundo pagará mensalmente a CONTRATADA, pelos serviços **efetivamente prestados**, a importância correspondente ao número de procedimentos mensais realizados, desde que autorizados e aprovados pela SMS, nos termos do contrato e de acordo com os valores constantes na Tabela (em vigor), conforme transcreve-se:

VALORES...

II - Fica estabelecido, de forma criteriosa, que os serviços objeto deste contrato serão remunerados segundo a Tabela acima informada, vedada qualquer taxa ou complemento, sendo que o valor abaixo estimado não caracteriza nenhum tipo de previsão de crédito, conforme descrito no item acima;

III – Estima-se em R\$ \_\_\_\_\_ (extenso) os gastos mensais com a execução deste contrato.

IV - A tabela de preços terá validade de 01 (um) ano, contados da publicação deste Edital, podendo ser prorrogada, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

I – As despesas dos serviços realizados por força deste contrato correrão no presente exercício (2009) à conta de dotação consignada no orçamento do Fundo Municipal de Saúde: \_\_\_\_\_.

**CLÁUSULA OITAVA: DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

I - A fiscalização do contrato fica a conta da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, através do Serviço de Auditoria, Controle e Avaliação.

**CLÁUSULA NONA: DAS PENALIDADES**

Fica a CONTRATADA sujeita a multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal do contrato, por infração de qualquer cláusula ou condição pactuada neste contrato sem prejuízo das demais penalidades previstas, em especial as contidas no artigo 86 e 87 da Lei nº. 8.666/1993 Lei das Licitações e Contratos Administrativos e suas alterações, e demais disposições aplicáveis à espécie, assegurado o direito ao contraditório.

**CLÁUSULA DÉCIMA: DA RESCISÃO**

I – Constituem motivos para rescisão unilateral do presente contrato, o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas previstas na cláusula décima.

II – A CONTRATADA reconhece desde já os direitos da SMS/Fundo em caso de rescisão administrativo prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

**MUNICÍPIO DE CAMPO ALEGRE-SC**  
**Fundo Municipal de Saúde**

---

III – Em caso de rescisão contratual, se a interrupções das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para ocorrer à rescisão. Se neste prazo a CONTRATADA negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

**CLAÚSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

I - A contratualização de um prestador de serviço poderá ser, a qualquer tempo, alterada, suspensa ou cancelada, se o contrato deixar de satisfazer os interesses da Administração Pública Municipal ou as normas do Sistema Único de Saúde.

II - O presente contrato está vinculado aos termos do Edital nº 26/2009 SMS/Fundo.

III - Aplica-se ao presente Contrato, nas partes omissas, a legislação pertinente em vigor.

IV - As partes elegem o Foro Comarca de São Bento do Sul-SC para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem justas e contratadas, as partes, firmam o presente termo em 03 (três) vias de igual teor e forma para que surtam seus efeitos, na presença de duas testemunhas.

Campo Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CONTRATANTE

CONTRATADA

Assessoria Jurídica:

Testemunhas: