

Edital consolidado com a 1ª Alteração

PROCESSO DE CREDENCIAMENTO Nº 05/2019

EDITAL DE CREDENCIAMENTO DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (EXAMES NÃO CONSTANTES DA TABELA SUS)

A Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre, no uso de suas atribuições;

***Considerando** a necessidade da contratação de serviços de saúde pelos gestores públicos, baseada em critérios uniformes, para suprir a necessidade da demanda dos usuários do sistema;*

Considerando ainda, a Resolução do Conselho Municipal de Saúde, nº 18 de 13 de agosto de 2019 e **resolução Nº 006 de 12 de maio de 2023**, estabelece os valores a serem pagos pelos exames de diagnóstico por imagem.

RESOLVE:

Convocar os prestadores de serviços de saúde para realização de exames de diagnóstico por imagem que não constam da tabela SUS, 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 Avenida Getúlio Vargas, nº 467, em Campo Alegre/SC, representado pela Gestora Sra. Carolina da Costa Telma, faz saber a todos quantos interessarem, que está aberto prazo para inscrições para clínicas e/ou profissionais (especializados), prestadores de serviços de saúde para *realização de exames de diagnóstico por imagem que não constam da tabela SUS*.

1. Do objeto e condições

1.1. O objeto do presente Edital é o **CREDENCIAMENTO** de clínicas e/ou profissionais (especializados) para realização de exames de diagnóstico por imagem que não constam da Tabela SUS, conforme valores constantes abaixo transcritos na Tabela Exame, que o Município utiliza para seus usuários:

DESCRIÇÃO	VALOR
DOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 175,65
ECODOPPLER DE AORTA, ILÍACAS, RENAIIS	R\$ 170,00
ECODOPPLER FETAL	R\$ 238,30
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL	R\$ 170,00

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER VENOSO	R\$ 170,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 64,30
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA INFANTIL	R\$ 160,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	R\$ 150,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 150,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM BIOPSIA-CORE-BIOPSY P/ NODULO (não inclui exame de base)	R\$ 685,00
AGULHAMENTO DE MAMA GUIADO POR ULTRASSON (não inclui exame de base)	R\$ 268,00
MAPEAMENTO CEREBRAL COMPUTADORIZADO COM EEG DIGITAL	R\$ 159,40
CRIOTERAPIA	R\$ 150,00
POLISSONOGRRAFIA	R\$ 480,05
US OBSTETRICA MORFOLOGICA	R\$ 170,00
US OBSTETRICA TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 120,00
LARINGOSCOPIA	R\$ 200,00
VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 200,00
NASOFIBROLARINGOSCOPIA	R\$ 200,00
ANGIO – RM ARTERIAL PULMONAR S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL PULMONAR C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA PULMONAR S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA PULMONAR C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE CRANIO S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE CRANIO C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE CRANIO S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE CRANIO C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE PELVE S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE PELVE C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE PELVE S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE PELVE C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA PESCOÇO C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO S/ CONTRASTE	R\$ 300,00

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE CRÂNIO S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE CRÂNIO C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE PESCOÇO C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE TÓRAX S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE TÓRAX C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE Pelve S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE Pelve C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE Pelve S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE Pelve C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL PULMONAR S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL PULMONAR C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA PULMONAR S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA PULMONAR C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE MEMBROS INFERIORES S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE MEMBROS INFERIORES C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE MEMBROS SUPERIORES S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE MEMBROS SUPERIORES C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
TOMOGRRAFIA OCULAR - OCT	R\$ 163,15

1.2. A contratação clínica/profissional poderá ser realizada imediatamente após a homologação da inscrição/credenciamento pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde e formalização do contrato.

1.3. A homologação da inscrição que trata o item 1.2 somente poderá ser emitida após aprovação da documentação exigida neste Edital (item 6), através de emissão de Parecer da Comissão de Avaliação (criada para este fim).

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

1.5. Demais condições e cláusulas contratuais encontram-se no ANEXO II - Minuta de Contrato, parte integrante deste edital.

2. Dos Prestadores de Serviço

2.1. Poderão credenciar-se a prestar os serviços referidos no item anterior, pessoas jurídicas e pessoas físicas do ramo desde que “habilitadas” (conforme 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 na Tabela Exames, (constante do item 1 deste Edital).

3.2. Os pagamentos serão efetuados pelo **CONTRATANTE**, no mês subsequente à prestação dos serviços executados (em até 10 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 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 Usuário (município) 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 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 pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde.

6. Das inscrições e habilitação para a prestação do serviço

6.1. Para a “habilitação” o interessado deverá inscrever-se para o credenciamento.

6.1.1 A inscrição (que trata o item 6.1) inicia-se no dia **18 de setembro de 2019**, 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:

6.1.1.1. PESSOA JURÍDICA

- a) Requerimento de Credenciamento;
- b) Cópia autenticada do alvará sanitário emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária, reconhecidamente apta para tal;
- c) Cópia autenticada do Contrato Social, declaração de firma individual, Estatuto Social ou documento constitutivo, devidamente registrado no órgão competente e suas devidas alterações;
- d) Cópia autenticada de diploma, títulos e/ou certificados do(s) responsável(is) técnico(s);
- e) Certidão de Regularidade de inscrição da unidade (clínica) e dos profissionais no respectivo “Conselho Regional”;

- f) No caso de prestadores de serviços em **exames** relacionar os equipamentos disponíveis (à prestação do serviço);
- g) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).
- h) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (Portaria RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014);
- i) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual da sede do credenciado;
- j) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede do credenciado;
- k) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) - CRF, fornecido pela Caixa Econômica Federal; e
- l) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

6.1.1.2. PESSOA FÍSICA

- a) Requerimento de Credenciamento;
- b) Cópia autenticada do alvará sanitário emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária, reconhecidamente apta(o) para tal;
- c) Cópia do CPF;
- d) Cópia do RG;
- c) Cópia autenticada de diploma, títulos e/ou certificados do profissional;
- d) Certidão de Regularidade de inscrição do profissional no respectivo “Conselho Regional”;
- e) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (Portaria RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014);
- f) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual da sede do credenciado;
- g) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede do credenciado;
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

6.2. Os documentos para o credenciamento deverão ser apresentados em fotocópia autenticada (exceto os documentos emitidos via Internet).

6.2.1. A autenticação que trata o item 6.2 poderá ser realizada em cartório competente ou por servidor público do Serviço de Suprimentos na sede da Prefeitura Municipal de Campo Alegre/SC. ou publicação em órgão da imprensa oficial.

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

6.4. 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);

6.5. É de total responsabilidade do credenciado 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

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

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

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

7.3. O resumo do presente edital será publicado em jornal de grande circulação local.

7.4. Fazem parte integrantes deste Edital, independentemente de sua transcrição:

7.4.1. ANEXO I - Modelo Solicitação formal de Credenciamento (Requerimento);

7.4.2. ANEXO II - Minuta contratual

Campo Alegre, 17 de maio de 2023.

ELEONORA BAHR PESSÔA
Secretária Municipal de Administração

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANEXO I - REQUERIMENTO **(Parte integrante do Edital de Credenciamento nº 05/2019)**

REQUERIMENTO

A empresa/profissional _____, pessoa jurídica/física de direito privado, inscrita no CNPJ/CPF sob nº. _____, com sede à Rua _____, nº. _____, Bairro _____, Cidade _____ - SC, representada neste ato pelo Sr. _____. Atendendo aos preços fixados no Edital de Credenciamento nº 05/2019, vem oferecer aos usuários do Sistema de Saúde do Município de Campo Alegre, nossos serviços médicos, abaixo descritos:

TABELA: EXAMES

DESCRIÇÃO	VALOR
DOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 175,65
ECODOPPLER DE AORTA, ILÍACAS, RENAIIS	R\$ 170,00
ECODOPPLER FETAL	R\$ 238,30
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL	R\$ 170,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO	R\$ 170,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 64,30
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA INFANTIL	R\$ 160,00
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	R\$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS COM BIOPSIA–CORE-BIOPSY P/ NODULO (não inclui exame de base)	R\$ 685,00
AGULHAMENTO DE MAMA GUIADO POR ULTRASSON (não inclui exame de base)	R\$ 268,00
MAPEAMENTO CEREBRAL COMPUTADORIZADO COM EEG DIGITAL	R\$ 159,40
CRIOTERAPIA	R\$ 150,00
POLISSONOGRAFIA	R\$ 480,05
US OBSTETRICA MORFOLOGICA	R\$ 170,00
US OBSTETRICA TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 120,00
LARINGOSCOPIA	R\$ 200,00
VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 200,00
NASOFIBROLARINGOSCOPIA	R\$ 200,00
ANGIO – RM ARTERIAL PULMONAR S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL PULMONAR C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA PULMONAR S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA PULMONAR C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE CRANIO S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE CRANIO C/ CONTRASTE	R\$ 590,00

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANGIO – RM VENOSA DE CRANIO S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE CRANIO C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE PELVE S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE PELVE C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA DE PELVE S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA DE PELVE C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM ARTERIAL DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIO – RM VENOSA PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 490,00
ANGIO – RM VENOSA PESCOÇO C/ CONTRASTE	R\$ 590,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBROS INFERIORES S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBROS INFERIORES C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES S/ CONTRASTE	R\$ 300,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBROS SUPERIORES S/ CONTRASTE	R\$ 300,00

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBROS SUPERIORES C/ CONTRASTE	R\$ 400,00
TOMOGRAFIA OCULAR - OCT	R\$ 163,15

Declaramos, desde já, que aceitamos todas as condições do Edital do Credenciamento nº 05/2019 (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 _____

e-mail: _____

Telefone: _____

_____, _____ de _____ de 200____.

Atenciosamente,

RESPONSÁVEL

CARIMBO E ASSINATURA

ANEXO II - MINUTA CONTRATO **(Parte integrante do Edital de Credenciamento nº 05/2019)**

CONTRATO Nº ____/2019.

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 Avenida Getúlio Vargas, 467, em Campo Alegre -SC, neste ato representado pela Gestora, Sra. Carolina da Costa Telma, CPF nº 061.299.189-09, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, de outro lado _____ (qualificação pessoa jurídica), 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 12/2019/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.

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.

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.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO PRAZO

I - O presente contrato inicia-se na data de sua assinatura e expira em 31 de dezembro de 2019 (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 12/2019.

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.

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.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

I - As despesas dos serviços realizados por força deste contrato correrão no presente exercício (2019) 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.

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.

CLAUSULA 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 **05/2019** 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

Testemunhas:

Assinantes

Veracidade do documento



Documento assinado digitalmente.
Verifique a veracidade utilizando o QR Code ao lado ou acesse o site **verificador-assinaturas.plataforma.betha.cloud** e insira o código abaixo:

4EN**682****GVM****JP5**