



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N. 0006-2021-FMS

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 0003/2021-FMS

O MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES, estado de Santa Catarina, através do Fundo Municipal de Saúde de Faxinal dos Guedes, com amparo no disposto no Art. 199, da Constituição Federal, no uso de suas atribuições, consoante o artigo 25, *caput*, da Lei Federal nº 8.666/93 e suas posteriores alterações c/c o Pré-julgado n. 1994 do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, **TORNA PÚBLICO** que estará realizando inscrições para credenciamento de *peessoas jurídicas*, para a **CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS CIRÚRGICOS OTORRINOLARINGOLOGISTA, UROLOGIA, GINECOLOGIA, VASCULAR, CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM HOSPITAIS CREDENCIADOS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.**

TÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º. O objeto do presente Edital é a **CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS CIRÚRGICOS OTORRINOLARINGOLOGISTA, UROLOGIA, GINECOLOGIA, VASCULAR, CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM HOSPITAIS CREDENCIADOS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**, especificadas na forma descrita e no Anexo I deste Edital.

§ 1º - os prestadores de serviços de saúde, uma vez credenciados, estarão aptos a prestar seus serviços, nas condições estabelecidas neste edital de chamamento.

§ 2º - durante a vigência do contrato poderá, mediante a conveniência da Administração Municipal, ser aditado o objeto do mesmo, sempre respeitando os limites e condições legais.

Art. 2º. Poderão credenciar-se a prestar os serviços:

- A. Pessoas jurídicas, privadas ou públicas, desde que apresentadas todas as documentações necessárias. O credenciamento se dará após a aprovação do pedido de inscrição na forma deste edital, com análise técnica e deferimento do requerimento.
- B. Não tenham sofrido qualquer penalidade no exercício da atividade;
- C. Não tenham sofrido penalidade de suspensão ou impedimento de contratar com o Município ou incorrido em inadimplência para com o mesmo de um modo geral;
- D. Apresentem condições mínimas para garantia da normal e eficiente prestação dos serviços;
- E. Atendam a todos os pressupostos da Legislação Municipal pertinente.



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

TÍTULO II DA DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

Art. 3º. Para fins de inscrição, os interessados deverão apresentar a seguinte documentação:

I – Pessoa Jurídica

- A. Proposta datada e assinada especificando os serviços que tem interesse em credenciar, indicação do (s) profissional (is) e concordando com as condições do Edital do Credenciamento. (Anexo IV)
- B. Cópia do Contrato Social e/ ou declaração de firma individual ou Estatuto Social devidamente registrado no Órgão Competente, bem como da última alteração (se houver);
- C. Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa física (CPF) do responsável legal pelo proponente;
- D. Certificado de Regularidade da Pessoa Jurídica junto ao Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina – CRM / SC em vigência;
- E. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- F. Certidão Negativa de Débito do FGTS;
- G. Certidão Negativa da Fazenda Municipal;
- H. Certidão Negativa de Débitos para com a Fazenda Estadual;
- I. Certidão Negativa relativa aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União
- J. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);
- K. Alvara de licença Sanitária em vigência;
- L. Licença de Funcionamento expedida pelo Município sede da instituição;
- M. Declaração de que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, em cumprimento do disposto no inciso V do Art.º 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9854 de 27 de outubro de 1999 (modelo anexo II)
- N. Declaração firmada pelo representante legal da instituição de que dispõe da estrutura, dos equipamentos e dos profissionais habilitados necessários à execução dos serviços que se propõe a prestar (Anexo III)
- O. A falta de quaisquer dos documentos acima mencionados é razão para indeferimento do credenciamento;
- P. Os documentos, quando não originais, deverão ser autenticados por Cartório competente ou por servidor Administração (no último caso, os interessados deverão dirigir-se ao Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal munidos da cópia e original do documento;
- Q. A documentação deverá ser apresentada em envelope lacrado, no setor de protocolo da Prefeitura Municipal, sito a Rua Santa Catarina nº 468, centro. do edital de credenciamento.



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

§ 1º - a falta de quaisquer dos documentos acima mencionados é razão para indeferimento do credenciamento.

§ 2º - a documentação deverá ser apresentada em envelope lacrado, no setor de protocolo da Prefeitura Municipal, sito a Av. Rio Grande do Sul, 458, centro, Faxinal dos Guedes. Deverá constar na parte externa o seguinte:

PREFEITURA DE FAXINAL DOS GUEDES
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 0006/2021
RAZÃO SOCIAL DA PROPONENTE

§ 3º - Todos os documentos, exigidos para credenciamento, poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por Tabelião e/ou por Servidor Público do Setor de Licitações desta Administração pertencente à Comissão de Licitações.

TÍTULO III DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 4º Para execução dos serviços serão observadas as seguintes condições:

- A. Os serviços credenciados serão prestados através de profissionais regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina.
- B. O Credenciado não poderá cobrar do paciente ou de seu responsável qualquer complementação aos valores pagos pelo Município pelos serviços prestados.
- C. É de responsabilidade exclusiva e integral do Credenciado a utilização de pessoal técnico e habilitado para a execução do objeto contratado, bem como a quitação dos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município.
- D. Os serviços médicos deverão ser realizados conforme cronograma de atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- E. O Município reserva-se o direito de fiscalizar a execução dos serviços através da Secretaria de Saúde. Em caso de desatendimento aos requisitos constantes no presente Edital ou havendo inadequada prestação do serviço credenciado, o Município, através de procedimento administrativo específico, assegurada a ampla defesa e o contraditório, poderá proceder ao descredenciamento do profissional ou empresa.
- F. O credenciado deverá assegurar a presença de acompanhante aos pacientes menores de idade, bem como aos que necessitarem de acompanhamento ou atenção contínua, mediante prévia e expressa justificativa médica.



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

- G. Os direitos e obrigações decorrentes deste Edital serão objeto de Termo de Credenciamento, na forma da minuta do Anexo IV, o qual conterá as cláusulas e disposições expressas neste Edital.
- H. Não ficam incluídos os serviços de urgência e emergência.
- I. O Termo de Credenciamento firmado poderá ser rescindido antes do termo final, desde que com prévio aviso justificado, por escrito, de no mínimo 30 (trinta) dias, por qualquer das partes.
- J. O prestador deverá estar atendendo às cotas estipuladas conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, caso o valor não possa ser realizado no primeiro mês, o prestador deverá cumprir além de sua cota mês, a cota faltante do mês anterior. O não cumprimento acarretará em descredenciamento do prestador, e o mesmo ficará impossibilitado de credenciar-se por um período mínimo de três anos.
- K. O credenciado deverá apresentar relação dos profissionais que disponibiliza para execução dos serviços.

k.1) A comunicação entre as partes será sempre de forma escrita.

TÍTULO IV DO PAGAMENTO

Art. 5º. O pagamento será efetuado na forma do Decreto Municipal n. 0034/2021, no mês subsequente da realização dos serviços, conforme o número de procedimentos efetuados e o valor constante no Anexo I do presente Edital, para cada procedimento, mediante apresentação pelo credenciado das faturas acompanhadas da relação dos pacientes efetivamente atendidos com nome, endereço e especialidade.

Parágrafo único - não será permitido ao credenciado quaisquer tipos de cobrança *direta* ou *indireta* na Secretaria Municipal de Saúde e/ou aos usuários.

TÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6º Após o recebimento da documentação de habilitação, julgada regular, o Município de Faxinal dos Guedes, credenciará gradativamente os Hospitais para prestação dos referidos serviços conforme sua demanda.

Art. 7º O Município de Faxinal dos Guedes exigirá dos prestadores credenciados, a respectiva atualização dos documentos referentes às negativas de débitos e alvarás.

Art. 8º Duvidas decorrentes do presente edital serão esclarecidas mediante consulta, formulada por escrito e/ou enviado por e-mail, através do e-mail: saude_fx@faxinal.sc.gov.br;

Art. 9º O Município reserva-se o direito de anular ou revogar (antes da assinatura do Contrato) o presente Edital de Credenciamento;



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

Art. 10º Fazem parte do presente Edital:

- Anexo I – VALORES CONFORME ORÇAMENTOS
- Anexo II – MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES;
- Anexo III – DECLARAÇÃO CAPACIDADE DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS;
- Anexo IV – RELAÇÃO DOS EXAMES A SEREM PRESTADOS;
- Anexo V – MINUTA DE CONTRATO.

Faxinal dos Guedes/SC, 15 de abril de 2021.

GILBERTO ANGELO LAZZERI
Prefeito Municipal



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

ANEXO I**VALORES CONFORME ORÇAMENTOS**

PROCEDIMENTOS	COD. SIA / SUS	CIS AMOSC	ORÇAMENTO	VALOR TOTAL
SEPTOPLASTIA		*****	R\$ 700,00	R\$ 700,00
TURBINOPLASTIA BILATERAL		*****	R\$ 700,00	R\$ 700,00
AMIGDALECTOMIA	04.04.01.002-4	R\$ 600,00	R\$ 700,00	R\$ 600,00
CAUTERIZAÇÃO DE CORNETOS OU CAUTERIZAÇÃO DE EPISTAXE		*****	R\$ 600,00	R\$ 600,00
ADENOIDECTOMIA	04.04.01.001-6	R\$ 600,00	*****	R\$ 600,00
ADENOAMIGDALECTOMIA		*****	R\$ 750,00	R\$ 750,00
SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA BILATERAL		*****	R\$ 1000,00	R\$ 1.000,00
AMIDALECTOMIA + TURBINOPLASTIA BILATERAL		*****	R\$ 1000,00	R\$ 1.000,00
AMIDALECTOMIA + CAUTERIZAÇÃO DE CORNETOS		*****	R\$ 900,00	R\$ 900,00
SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA BILATERAL + ADENOIDECTOMIA		*****	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA BILATERAL + AMIGDALECTOMIA		*****	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00
TIMPANOPLASTIA	04.04.01.035-0	R\$ 1950,00	*****	R\$ 1950,00
ADENOIDECTOMIA	04.04.01.0016	R\$ 600,00	*****	R\$ 600,00
AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	04.04.01.003-2	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
TURBINECTOMIA	04.04.01.041-5	R\$ 600,00	*****	R\$ 600,00
SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	04.04.01.048-2	R\$ 700,00	*****	R\$ 700,00
TURBINOPLASTIA BILATERAL + ADENOIDECTOMIA		*****	R\$ 800,00	R\$ 800,00
CONSULTA ESPECIALIZADA OTORRINO	03.01.01.007-2	R\$ 75,00	*****	R\$ 75,00
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	04.15.01.001-2	R\$ 1.547,65	*****	R\$ 1.547,65
CONSULTA PRE-CIRURGICA ANESTÉSICA	10098	R\$ 95,00	*****	R\$ 95,00
ANESTESIA GERAL	04.17.01.004-4	R\$ 320,00	*****	R\$ 320,00
POSTECTOMIA	04.09.05.008-3	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	04.09.04.021-5	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	04.09.04.023-1	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
VASECTOMIA	04.09.04.024-0	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
PROSTECTOMIA SUPRA PUBICA	04.09.03.002-3	R\$ 1.000,00	*****	R\$ 1.000,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	04.09.01.043-0	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

HEMORROIDECTOMIA	04.07.02.028-4	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
COLECISTECTOMIA	04.07.03.002-6	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	04.07.04.012-9	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	04.07.04.011-9	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL C/ CRURAL (UNILATERAL)	04.07.04.010-2	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	04.07.04.009-9	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA INCISIONAL	04.07.04.008-0	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	04.07.04.006-4	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
EXERESE DE CISTO SACRO- COCCIGEO	04.01.02.008-8	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	04.01.02.010-0	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	04.07.02.027-6	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTAÇÃO DE COLO	04.09.06.002-0	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	04.09.06.004-6	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	04.09.06.003-8	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	04.09.06.011-9	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	04.09.06.010-0	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HISTERCTOMIA TOTAL	04.09.06.013-5	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
HISTERCTOMIA SUBTOTAL	04.09.06.012-7	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
OOFORECTMIA / OOFOROPLASTIA	04.09.06.021-6	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
LAQUEADURA TUBARIA	04.09.06.018-6	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	04.09.07.005-0	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	04.09.07.015-7	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	04.09.07.027-0	R\$ 500,00	*****	R\$ 500,00
RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	04.09.03.004-0	R\$ 650,00	*****	R\$ 650,00
ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	04.09.04.013-4	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
VASECTOMIA	04.09.04.024-0	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
URETEROLITOTOMIA	04.09.01.056-1	R\$ 800,00	*****	R\$ 800,00
PROSTECTOMIA SUPRA PUBICA	04.09.03.002-3	R\$ 1.000,00	*****	R\$ 1.000,00
CISTOLITOTOMIA	04.09.01.006-5	R\$ 650,00	*****	R\$ 650,00
EXTRACAO ENDOSCOPICA DE	04.09.01-014-6	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

CALCULO EM PELVE RENAL				
NEFRECTOMIA PARCIAL	04.09.01.020-0	R\$ 1.000,00	*****	R\$ 1.000,00
NEFRECTOMIA TOTAL	04.09.01.021-9	R\$ 1.000,00	*****	R\$ 1.000,00
NEFROLITOTOMIA	04.09.01.022-7	R\$ 1.000,00	*****	R\$ 1.000,00
NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	04.09.01.023-5	R\$ 1.000,00	*****	R\$ 1.000,00
NEFROSTOMIA C/OUS/DRENAGEM	04.09.01.028-6	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
NEFROSTOMIA PERCUTANEA	04.09.01.029-4	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
NEFROURETERECTOMIA RADICAL	04.09.01.030-8	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
PIELOLITOTOMIA	04.09.01.031-6	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
PIELOPLASTIA	04.09.01.032-4	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
RESECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	04.09.01.038-3	R\$ 650,00	*****	R\$ 650,00
RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETRAL C/ CATETER	04.09.01.039-1	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE BEXIGA NEUROGENICA	04.09.01.041-3	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINECIA URINARIA VIA ABDOMINAL	04.09.01.049-9	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	04.09.01.050-2	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
URETEROCISTONEOSTOMIA	04.09.01.053-7	R\$ 650,00	*****	R\$ 650,00
URETEROPLASTIA	04.09.01.057-0	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
INJECAO DE GORDURA/ TEFLON PERI-URETRAL	04.09.02.004-4	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
MEATOTOMIA SIMPLES	04.09.02.007-9	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	04.09.02.010-9	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
URETROPLASTIA (RESSECACAO DE CORDA)	04.09.02.012-5	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
URETROPLASTIA AUTOGENA	04.09.02.013-3	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
URETROPLASTIA HETEROGENEA	04.09.02.014-1	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
URETOSTOMIA PERINEAL/ CUTANEA/ EXTERNA	04.01.02.016-8	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
URETROTOMIA INTERNA	04.01.02.017-6	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	04.01.03.003-1	R\$ 1.000,00	*****	R\$ 1.000,00
EPIDIDIMECTOMIA	04.09.04.003-7	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	04.09.04.007-0	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO	04.09.04.008-8	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	04.09.04.009-6	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

NEOSTOMIA DE EPIDIDIMO/ CANAL DEFERENTE	04.09.04.011-8	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
ORQUIDOPEXIA BILATERAL	04.09.04.012-6	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	04.09.04.014-2	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	04.09.04.015-0	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
ORQUIECTOMIA UNILATERAL	04.09.04.016-9	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
REPARACAO E OPERACAO PLASTICA DO TESTICULO	04.09.04.018-5	R\$ 450,00	*****	R\$ 450,00
CORRECAO DE HIPOSPADIA (1 TEMPO)	04.09.05.003-2	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
CORRECAO DE HIPOSPADIA (2 TEMPO)	04.09.05.004-0	R\$ 550,00	*****	R\$ 550,00
CISTECTOMIA PARCIAL	04.09.01.002-2	R\$ 750,00	*****	R\$ 750,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES UNILATERAL	04.06.02.057-4	R\$ 650,00	*****	R\$ 650,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES BILATERAL	04.06.02.056-6	R\$ 1.000,00	*****	R\$ 1.000,00

Os serviços serão utilizados, conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde.

O prestador deverá disponibilizar o acesso de segunda à sexta feira, independentemente de horários agendados, não deverá haver qualquer tipo de cobrança pós-consultas.

OS VALORES DE REFERENCIA CONFORME CONSULTA DE MERCADO

Data: _____

(representante legal)



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES

_____, inscrito no CNPJ/CPF nº _____, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva:

emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Data: _____

(representante legal)

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

ANEXO III

DECLARAÇÃO CAPACIDADE DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

_____, inscrito no CPF/CNPJ nº _____ e no CRM nº _____, DECLARO para todos os fins, em especial o do Edital de Chamamento nº xxxxx, na forma da Lei Federal nº 8.666/93, que possui capacidade de estrutura, equipamentos e profissionais para o atendimento aos SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE _____ contidos neste Edital. O horário disponibilizado para a prestação dos serviços é de ____/____/____ a ____/____/____ Local (endereço) onde _____ serão _____ prestados _____ os _____ serviços

....., em de..... de 20XX

Assinatura do Declarante

Nome:



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

ANEXO IV RELAÇÃO DOS EXAMES A SEREM PRESTADOS

Faxinal dos Guedes, SC, de de 2021.

A, estabelecida à, cidade de, inscrita no CNPJ sob nº, neste ato representado por, sócio administrador inscrito no CPF/MF sob nº, vem por meio deste credenciar-se o profissional abaixo:

Dr (a):.....
Especialidade:.....
CRM nº

PROCEDIMENTOS	COD. SIA/ SUS	VALOR
SEPTOPLASTIA		R\$ 700,00
TURBINOPLASTIA BILATERAL		R\$ 700,00
AMIGDALECTOMIA	04.04.01.002-4	R\$ 600,00
CAUTERIZAÇÃO DE CORNETOS OU CAUTERIZAÇÃO DE EPISTAXE		R\$ 600,00
ADENOIDECTOMIA	04.04.01.001-6	R\$ 600,00
ADENOAMIGDALECTOMIA		R\$ 750,00
SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA BILATERAL		R\$ 1.000,00
AMIDALECTOMIA + TURBINOPLASTIA BILATERAL		R\$ 1.000,00
AMIDALECTOMIA + CAUTERIZAÇÃO DE CORNETOS		R\$ 900,00
SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA BILATERAL + ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.000,00
SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA BILATERAL + AMIGDALECTOMIA		R\$ 1.100,00
TIMPANOPLASTIA	04.04.01.035-0	R\$ 1950,00
ADENOIDECTOMIA	04.04.01.0016	R\$ 600,00
AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	04.04.01.003-2	R\$ 750,00
TURBINECTOMIA	04.04.01.041-5	R\$ 600,00
SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	04.04.01.048-2	R\$ 700,00
TURBINOPLASTIA BILATERAL + ADENOIDECTOMIA		R\$ 800,00
CONSULTA ESPECIALIZADA OTORRINO	03.01.01.007-2	R\$ 75,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	04.15.01.001-2	R\$ 1.547,65
CONSULTA PRE-CIRURGICA ANESTÉSICA	10098	R\$ 95,00
ANESTESIA GERAL	04.17.01.004-4	R\$ 320,00
POSTECTOMIA	04.09.05.008-3	R\$ 550,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	04.09.04.021-5	R\$ 550,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	04.09.04.023-1	R\$ 550,00
VASECTOMIA	04.09.04.024-0	R\$ 550,00
PROSTECTOMIA SUPRA PUBICA	04.09.03.002-3	R\$ 1.000,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	04.09.01.043-0	R\$ 450,00
HEMORROIDECTOMIA	04.07.02.028-4	R\$ 500,00
COLECISTECTOMIA	04.07.03.002-6	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	04.07.04.012-9	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	04.07.04.011-9	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL C/ CRURAL (UNILATERAL)	04.07.04.010-2	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	04.07.04.009-9	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA INCISIONAL	04.07.04.008-0	R\$ 500,00
HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	04.07.04.006-4	R\$ 500,00
EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	04.01.02.008-8	R\$ 500,00
EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	04.01.02.010-0	R\$ 500,00
FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	04.07.02.027-6	R\$ 500,00
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTAÇÃO DE COLO	04.09.06.002-0	R\$ 500,00
CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	04.09.06.004-6	R\$ 500,00
EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	04.09.06.003-8	R\$ 500,00
HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	04.09.06.011-9	R\$ 500,00
HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	04.09.06.010-0	R\$ 500,00
HISTERCTOMIA TOTAL	04.09.06.013-5	R\$ 500,00
HISTERCTOMIA SUBTOTAL	04.09.06.012-7	R\$ 500,00
OOFORRECTMIA / OOFOROPLASTIA	04.09.06.021-6	R\$ 500,00
LAQUEADURA TUBARIA	04.09.06.018-6	R\$ 500,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	04.09.07.005-0	R\$ 500,00
EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	04.09.07.015-7	R\$ 500,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	04.09.07.027-0	R\$ 500,00
RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	04.09.03.004-0	R\$ 650,00
ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	04.09.04.013-4	R\$ 550,00
VASECTOMIA	04.09.04.024-0	R\$ 550,00
URETEROLITOTOMIA	04.09.01.056-1	R\$ 800,00
PROSTECTOMIA SUPRA PUBICA	04.09.03.002-3	R\$ 1.000,00
CISTOLITOTOMIA	04.09.01.006-5	R\$ 650,00
EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO EM PELVE RENAL	04.09.01.014-6	R\$ 550,00
NEFRECTOMIA PARCIAL	04.09.01.020-0	R\$ 1.000,00
NEFRECTOMIA TOTAL	04.09.01.021-9	R\$ 1.000,00
NEFROLITOTOMIA	04.09.01.022-7	R\$ 1.000,00
NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	04.09.01.023-5	R\$ 1.000,00
NEFROSTOMIA C/OUS/DRENAGEM	04.09.01.028-6	R\$ 750,00
NEFROSTOMIA PERCUTANEA	04.09.01.029-4	R\$ 750,00
NEFROURETERECTOMIA RADICAL	04.09.01.030-8	R\$ 750,00
PIELOLITOTOMIA	04.09.01.031-6	R\$ 750,00
PIELOPLASTIA	04.09.01.032-4	R\$ 750,00
RESECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	04.09.01.038-3	R\$ 650,00
RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETRAL C/ CATETER	04.09.01.039-1	R\$ 750,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE BEXIGA NEUROGENICA	04.09.01.041-3	R\$ 450,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINECIA URINARIA VIA ABDOMINAL	04.09.01.049-9	R\$ 450,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	04.09.01.050-2	R\$ 750,00
URETEROCISTONEOSTOMIA	04.09.01.053-7	R\$ 650,00
URETEROPLASTIA	04.09.01.057-0	R\$ 750,00
INJECAO DE GORDURA/ TEFLON PERI-URETRAL	04.09.02.004-4	R\$ 450,00
MEATOTOMIA SIMPLES	04.09.02.007-9	R\$ 450,00
RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	04.09.02.010-9	R\$ 550,00
URETROPLASTIA (RESSECACAO DE CORDA)	04.09.02.012-5	R\$ 450,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

URETROPLASTIA AUTOGENA	04.09.02.013-3	R\$ 550,00
URETROPLASTIA HETEROGENEA	04.09.02.014-1	R\$ 550,00
URETOSTOMIA PERINEAL/ CUTANEA/ EXTERNA	04.01.02.016-8	R\$ 550,00
URETROTOMIA INTERNA	04.01.02.017-6	R\$ 450,00
PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	04.01.03.003-1	R\$ 1.000,00
EPIDIDIMECTOMIA	04.09.04.003-7	R\$ 450,00
EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	04.09.04.007-0	R\$ 450,00
EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO	04.09.04.008-8	R\$ 450,00
EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	04.09.04.009-6	R\$ 450,00
NEOSTOMIA DE EPIDIDIMO/ CANAL DEFERENTE	04.09.04.011-8	R\$ 450,00
ORQUIDOPEXIA BILATERAL	04.09.04.012-6	R\$ 450,00
ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	04.09.04.014-2	R\$ 550,00
ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	04.09.04.015-0	R\$ 450,00
ORQUIECTOMIA UNILATERAL	04.09.04.016-9	R\$ 450,00
REPARACAO E OPERACAO PLASTICA DO TESTICULO	04.09.04.018-5	R\$ 450,00
CORRECAO DE HIPOSPADIA (1 TEMPO)	04.09.05.003-2	R\$ 550,00
CORRECAO DE HIPOSPADIA (2 TEMPO)	04.09.05.004-0	R\$ 550,00
CISTECTOMIA PARCIAL	04.09.01.002-2	R\$ 750,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES UNILATERAL	04.06.02.057-4	R\$ 650,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES BILATERAL	04.06.02.056-6	R\$ 1.000,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

ANEXO V

MINUTA DE CONTRATO N°00XX/2021-FMS

PROCESSO LICITATÓRIO 0006/2021-FMS
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO 0003/2021-FMS

O MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, com sede junto à Prefeitura Municipal de Faxinal dos Guedes, SC, sita à Av. Rio Grande do Sul, 458, centro, inscrito no CNPJ n.º 10.496.698/0001-31, neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **GILBERTO ANGELO LAZZARI**, brasileiro, residente e domiciliada nesta cidade de Faxinal dos Guedes, portador de RG n.º xxxxxxxxxxxx e CPF n.º xxxxxxxxxxxxxxxx, denominado simplesmente de **CONTRATANTE**, nos termos do Edital de Chamamento, credencia a empresa, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o n.º, estabelecida na rua, município de para a realização de consultas médicas em diversas áreas, de acordo com as cláusulas e disposições a seguir expressas:

CLÁUSULA PRIMEIRA. O presente instrumento tem por objeto a **CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS CIRÚRGICOS OTORRINOLARINGOLOGISTA, UROLOGIA, GINECOLOGIA, VASCULAR, CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM HOSPITAIS CREDENCIADOS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**, conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde em conformidade com a tabela que segue:

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO R\$
....

Os serviços serão utilizados conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde. O prestador deverá disponibilizar o acesso de segunda à sexta feira, não deverá haver qualquer tipo de cobrança pós-consultas.

OS VALORES DE REFERENCIA CONFORME CONSULTAS DE MERCADO E CIS AMOSC.

CLÁUSULA SEGUNDA. O prazo de vigência deste contrato será **ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2021.**

Parágrafo Único. O contrato firmado poderá ser rescindido antes do termo final, desde que com prévio aviso justificado, por escrito, de no mínimo 60 (sessenta) dias, por qualquer das partes.

CLÁUSULA TERCEIRA. O pagamento será efetuado mensalmente, nos termos do Decreto Municipal n. 0034/2021, no mês subsequente da realização dos serviços conforme o número de procedimentos efetuados e o valor constante na clausula primeira, para cada procedimento, mediante apresentação pelo credenciado das faturas acompanhadas da relação dos pacientes efetivamente atendidos com nome, endereço, cujo valor será depositado em conta corrente bancária indicada pela credenciada.

CLÁUSULA QUARTA. As condições para prestação dos serviços objetos do presente contrato são as que



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

seguem:

- I - O credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;
- II - O Credenciado deverá manter durante a vigência do contrato todas as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;
- III - Os serviços contratados serão prestados através dos profissionais credenciados no local indicado na Declaração Anexo I deste Termo de Credenciamento;
- IV - O Credenciado não poderá cobrar do paciente ou de seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados;
- V - É de responsabilidade exclusiva e integral do Credenciado a utilização de pessoal técnico e habilitado para a execução do objeto contratado, bem como a quitação dos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município;
- VI - Os procedimentos previstos na cláusula primeira serão fracionados mensalmente entre todos os interessados habilitados, observando - se a escolha feita pelos pacientes e mediante controle a ser efetuado pela Secretaria de saúde;
- VII - O quantitativo de consultas prestados/mês, serão utilizados conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde. O prestador deverá disponibilizar o acesso as consultas de segunda à sexta feira, não devera haver qualquer tipo de cobrança. O não cumprimento acarretará em descredenciamento do prestador, e o mesmo ficará impossibilitado de recredenciar por um período mínimo de três anos.

CLÁUSULA QUINTA. O credenciado obriga-se a:

- I - manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e 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 sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- IV - apresentar justificativa do médico ao paciente ou a seu representante e ao Município, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste contrato.

CLÁUSULA SEXTA. O encaminhamento dos pacientes de que trata o credenciamento será feito da seguinte forma:

Os pacientes deverão ser encaminhados através da rede pública municipal.

CLÁUSULA SÉTIMA. As consultas deverão ser realizadas dentro do mês, conforme cronograma realizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA. No caso de desatendimento a qualquer dos itens enumerados neste Contrato ou no Edital de Chamamento que importem em má prestação dos serviços contratados, o Município, através de procedimento administrativo específico, assegurada a ampla defesa e o contraditório, proceder ao descredenciamento da empresa, rescindido o contrato.

CLÁUSULA NONA. O Município reserva-se o direito de fiscalizar a execução dos serviços através de sua Comissão e secretaria de Saúde.



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site www.faxinal.sc.gov.br

CNPJ: 83 009 910/0001-62

§ 1º - a execução do presente contrato será avaliada pelo Município mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento.

§ 2º - a contratada facilitará ao município o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e, prestará os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA. Somente serão beneficiados com os procedimentos de que trata o presente credenciamento os munícipes do Município de Faxinal dos Guedes. Não ficam incluídos no presente credenciamento os serviços de urgência e de emergência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA. O credenciado deverá assegurar a presença de acompanhante aos pacientes menores de idade, bem como aos que necessitarem de acompanhamento ou atenção contínua, mediante prévia e expressa justificativa médica.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. A comunicação entre as partes será sempre de forma escrita quando necessária.

Faxinal dos Guedes, ____ de _____ de 2021.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
PREFEITO MUNICIPAL

Testemunhas:

1) _____
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2) _____
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX