



**CUIABÁ**  
PREFEITURA

SECRETARIA  
DE SAÚDE

| 4ª QUALIFICAÇÃO TÉCNICA                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2026/PMC                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| <b>LOTE:</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| 3 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL (Proposta Parcial) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| 5 - CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO (Proposta Parcial)                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| 6 - CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR (Proposta Parcial)                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| 10 - CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| <b>EMPRESA:</b> ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA DE SAÚDE SANTA MARIA                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| <b>CNPJ:</b> 31.827.187/0001-25                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| <b>CNES:</b> 8422524 (PRIMAVERA DO LESTE)                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| <b>MUNICÍPIO:</b> PRIMAVERA DO LESTE                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| <b>GESTÃO:</b> MUNICIPAL                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ENTREGUE |     | OBSERVAÇÃO                                                                                           |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SIM      | NÃO |                                                                                                      |
| <b>5.1.1. Da Qualificação Técnica:</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| 5.1.1.                                                                                  | Poderão ser credenciadas as pessoas jurídicas que, apresentar pelo menos 01 (um) ATESTADO de capacidade técnica, com data atualizada, fornecido por pessoa jurídica de direito Público ou Privado, em papel timbrado devidamente assinado, em nome e favor da empresa, pertinente e compatível com o objeto deste Edital (descrição dos serviços e quantitativos). | X        |     |                                                                                                      |
| <b>5.1.2 Para fins de habilitação técnica, os interessados deverão apresentar:</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |                                                                                                      |
| 5.1.3.                                                                                  | Registro ou inscrição do Estabelecimento de Saúde no Conselho Regional de Medicina (CRM).                                                                                                                                                                                                                                                                          | X        |     | Apresentado Inscrição da Associação e do Hospital Otorrino, responsável pela execução dos serviços   |
| 5.1.4.                                                                                  | Certificado de regularidade do estabelecimento emitido pelo Conselho Regional de Medicina.                                                                                                                                                                                                                                                                         | X        |     | Apresentado Certificado da Associação e do Hospital Otorrino, responsável pela execução dos serviços |
| 5.1.5.                                                                                  | Comprovação de que dispõe de responsável técnico devidamente habilitado e com registro ativo no respectivo CRM, conforme a natureza do serviço prestado;                                                                                                                                                                                                           | X        |     | Apresentado Certificado da Associação e do Hospital Otorrino, responsável pela execução dos serviços |
| 5.1.5.                                                                                  | Registro ou inscrição do profissional Enfermeiro Responsável Técnico na entidade profissional competente (COREN-MT).                                                                                                                                                                                                                                               | X        |     |                                                                                                      |

DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: MARIZA TUPAN GUIMARAES (ASSINATURA) EM 09/09/2026 11:59:10  
DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: KENIA BENEDITHA MORAES DE ARRUDA (ASSINATURA) EM 09/09/2026 11:58:49  
DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: NATALICOL DO NASCIMENTO MARQUES (ASSINATURA) EM 09/09/2026 11:56:38

Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO EM <https://cidadao.cuiaba.mt.gov.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CODIGO: 4275EBE7



**CUIABÁ**  
PREFEITURA

SECRETARIA  
DE SAÚDE

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |                                                                                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1.6.                               | Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica vinculada à execução dos serviços, contendo, no mínimo, nome completo, CPF, função, carga horária semanal e número de registro no respectivo Conselho Profissional.                                                    | X |  | Profissionais não cadastrados no CNES da Associação.                                            |
| 5.1.7.                               | Alvará de Localização e Funcionamento.                                                                                                                                                                                                                                                | X |  | Apresentado Alvará da Associação e do Hospital Otorrino, responsável pela execução dos serviços |
| 5.1.8.                               | Licença Sanitária vigente, para o ramo de atividade específico.                                                                                                                                                                                                                       | X |  | Apresentado do Hospital Otorrino, responsável pela execução dos serviços                        |
| 5.1.9.                               | Declaração de disponibilidade de Estrutura física, tecnológica e assistencial compatível com o porte e a complexidade dos serviços ofertados, conforme a Resolução ANVISA RDC nº 50/2002 e demais normas sanitárias vigentes.                                                         | X |  |                                                                                                 |
| 5.1.10.                              | Declaração de disponibilidade de equipamentos adequados, regularmente calibrados e com manutenção preventiva e corretiva comprovada.                                                                                                                                                  | X |  |                                                                                                 |
| 5.1.11.                              | Prestação de serviços de exames, consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade, em conformidade com as diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e normativas do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).                        | X |  |                                                                                                 |
| 5.1.12.                              | Atendimento às normativas específicas aplicáveis a cada tipo de serviço prestado (ambulatorial, hospitalar, cirúrgico e/ou diagnóstico), conforme regulamentações da ANVISA e do Ministério da Saúde.                                                                                 | X |  |                                                                                                 |
| <b>5.3. Requisitos Operacionais:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |                                                                                                 |
| 5.3.1.                               | Disponibilidade de sistema informatizado para registro, regulação, acompanhamento e faturamento dos procedimentos realizados, com alimentação adequada dos sistemas oficiais do SUS (SIA/SUS e/ou SIH/SUS).                                                                           | X |  |                                                                                                 |
| 5.3.2.                               | Cumprimento das normas de confidencialidade e proteção de dados pessoais dos pacientes, conforme a Lei nº 13.709/2018 (LGPD).                                                                                                                                                         | X |  |                                                                                                 |
| 5.3.3.                               | Garantia de fornecimento de todos os insumos necessários à realização do procedimento, materiais, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais (quando aplicável), local de atendimento adequado, bem como recursos humanos necessários à execução dos serviços contratados. | X |  |                                                                                                 |

Diante da apresentação de novos documentos pela empresa Associação Filantrópica de Saúde Santa Maria, procedeu-se à quarta análise quanto ao atendimento dos requisitos de qualificação técnica previstos no Edital de Credenciamento nº 002/2026/PMC.

No que se refere aos requisitos de qualificação técnica estabelecidos no Edital, verifica-se que a Associação apresentou a documentação exigida, bem como os respectivos instrumentos referentes ao estabelecimento responsável pela execução dos serviços, o Hospital Otorrino.

Contudo, quanto aos requisitos de habilitação previstos no Edital, constatou-se a existência de certidões de regularidade com prazo de validade expirado, especificamente perante a Fazenda Municipal (sede do licitante), a Fazenda Estadual e o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, não atendendo, portanto, integralmente às exigências de habilitação estabelecidas no instrumento convocatório.

Ademais, observa-se que a Associação não atendeu ao disposto no Item 4.4 do Edital, quanto a adesão de todos os itens dos lotes, uma vez que sua proposta apresenta adesão a parte dos itens de quatro lotes. Dessa forma, não atendeu integralmente às exigências do instrumento convocatório.

Ressalva-se, contudo, que, caso a Administração considere o respectivo lote divisível, poderá ser avaliada a possibilidade de admissão da proposta apresentada para parte dos itens, nos termos do Item 4.7 do Edital.

## **DO LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E ASPECTOS DE FATURAMENTO**

Considerando que a Associação possui sede em Primavera do Leste/MT, enquanto os serviços objeto do credenciamento serão executados pelo Hospital Otorrino, localizado em Cuiabá/MT, torna-se necessária a adequada regularização das informações cadastrais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES de ambos os estabelecimentos, tendo em vista que eventuais inconsistências cadastrais poderão repercutir na regularidade da produção apresentada, no processamento dos procedimentos e no respectivo faturamento e repasse dos recursos.

Diante disso, faz-se necessária a atualização das informações constantes no CNES, especialmente no que se refere aos profissionais e aos respectivos vínculos, de modo que o cadastro seja compatível com os serviços efetivamente executados e com a composição da equipe responsável pela prestação dos serviços.

Considerando, ainda, que os procedimentos serão executados nas dependências do Hospital Otorrino, enquanto o pagamento decorrente da produção será realizado em favor da Associação, verifica-se a necessidade de que a relação entre os estabelecimentos esteja devidamente regularizada no CNES, inclusive mediante o cadastramento da Associação na condição de serviço terceiro junto ao CNES do Hospital Otorrino, bem como do cadastramento dos profissionais responsáveis pela execução das consultas e procedimentos no referido estabelecimento executor.

Ressalta-se, ainda, que o contrato firmado entre a Associação e o Hospital Otorrino possui vigência até 18/12/2026. Dessa forma, recomenda-se que, previamente ao encerramento da vigência contratual, a Associação informe à Administração Pública acerca da continuidade da execução dos serviços no referido estabelecimento, mediante eventual prorrogação do vínculo contratual, ou, caso a execução passe a ocorrer em outro estabelecimento, apresente a documentação pertinente da nova unidade executante, incluindo os respectivos alvarás de localização e sanitário, conforme aplicável.

Cumpre informar que a presente análise delimita-se à verificação do atendimento dos requisitos de qualificação técnica previstos no Edital de Credenciamento.

Registra-se, ainda, que os requisitos de Qualidade e Segurança Assistencial previstos no item 5.2 do Edital não foram objeto de avaliação nesta etapa processual, uma vez que se referem à fase de execução dos serviços. A verificação da conformidade quanto ao seu cumprimento deverá ocorrer por meio das atividades de monitoramento e supervisão in loco realizadas junto ao estabelecimento credenciado, nos termos dos fluxos e procedimentos adotados pela Administração.

Sendo o que se apresenta, são essas as considerações.

Cuiabá/MT, data da assinatura eletrônica.

**NATALICOL DO NASCIMENTO MARQUES**

Técnica - Coordenadoria de Controle e Avaliação/CCA/SMS/CUIABÁ  
( assinado eletronicamente )

**MARIZA TUPAN GUIMARÃES**

Responsável Técnica - Controle e Avaliação/CCA/SMS/CUIABÁ  
( assinado eletronicamente )

**KÊNIA B. MORAES DE ARRUDA**

Coordenadoria de Controle e Avaliação/CCA/SMS/CUIABÁ  
( assinado eletronicamente )