

## DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

**Órgão: CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO URUGUAI CATARINENSE – CIS AMAUC**

**Setor requisitante: CIS AMAUC**

**Responsável pela Demanda: Luciane Verona Rotta**

**E-mail: saude@cisamauc.sc.gov.br**

**Telefone: (49) 3482-3525**

### 1. Objeto:

Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços especializados na área da saúde, em favor da população dos entes consorciados ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Uruguai Catarinense – CIS AMAUC.

### 2. Justificativa da necessidade da contratação:

Considerando a elevada demanda reprimida devido à insuficiência da oferta de serviços pelo SUS e para reduzir o tempo de espera no atendimento aos usuários, torna-se necessária a contratação complementar dos serviços de saúde quando não houver serviço próprio ou com capacidade instalada suficiente para atender a atenção especializada dentro dos territórios. Neste sentido, com a melhoria do acesso a serviços especializados que abrangem desde a atenção básica até a média e alta complexidade, incluindo diversos procedimentos, tem-se como propósito atender com eficiência, qualidade, agilidade, evitando o agravamento do estado de saúde dos pacientes e assegurando o cuidado necessário à sua recuperação.

Do mesmo modo, salienta-se que o credenciamento de prestadores de saúde segue as práticas usuais das diretrizes do SUS, sendo justificado como uma ferramenta que promove economicidade, competitividade e a maior distribuição possível de prestadores para a execução dos serviços de saúde. Assim, entende-se como formalmente legal a figura do credenciamento com fundamento na inexigibilidade de licitação, uma vez que não haverá competição entre os interessados, isto é, todos os que atenderem aos requisitos do chamamento público poderão ser contratados.

### 3. Descrições e quantidades:

As quantidades pretendidas seguirão as especificações abaixo:

| Item        | DESCRIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO                                                                          | Código SIA/SUS | Quant. Mensal | Valor unitário (R\$) | Estimativa mensal (R\$) | Estimativa anual (R\$) |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|----------------------|-------------------------|------------------------|
| 1           | CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA FISIOTERAPIA                                                   | 03.01.01.004-8 | 150           | R\$ 77,00            | R\$ 11.550,00           | R\$ 138.600,00         |
| 2           | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 03.02.04.002-1 | 150           | R\$ 30,00            | R\$ 4.500,00            | R\$ 54.000,00          |
| 3           | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (GERAL)                                      | 03.02.05.002-7 | 150           | R\$ 30,00            | R\$ 4.500,00            | R\$ 54.000,00          |
| Valor total |                                                                                                  |                |               |                      | <b>R\$ 20.550,00</b>    | <b>R\$ 246.600,00</b>  |

Para fins de Contratação, a estimativa de valor será de R\$ 20.550,00 mensais, totalizando no ano um valor de R\$ 246.600,00.

**4. Grau de prioridade da contratação:**

Prioritária.

**5. Estimativa Preliminar de valor:**

Para fins de abertura do processo, o valor utilizado como base foi referente à tabela de valores e procedimentos constante no Anexo I do Edital de Credenciamento nº 01/2025. O valor estimado pelo prestador será de R\$ 20.550,00 mensais, totalizando ao ano um valor de R\$ 246.600,00.

**6. Prazo:** Os itens deverão ser disponibilizados/agendados com maior brevidade possível, conforme demanda, após as Secretarias Municipais de Saúde entrarem em contato com o Prestador e repassar a lista de pacientes devidamente inseridos e autorizados no Sistema SISREG.

**7. Local e horário da entrega/execução:** A execução dos serviços deverá ser de forma parcelada, de acordo com as solicitações da Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados. O atendimento ocorrerá em estabelecimento próprio, de responsabilidade do prestador mediante recebimento de autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a execução do serviço.

Executar os serviços nas condições observando-se os parâmetros de boa técnica e as normas legais aplicáveis, bem como atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre qualidade na prestação de serviço. Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente. Responsabilizar-se pela manutenção do ambiente físico, pelos materiais e equipamentos necessários para realização dos atendimentos.

Emitir junto com a Nota Fiscal, relatório dos pacientes atendidos, encaminhar para o Consórcio todas as guias de autorização junto com os demais documentos, carimbados e assinados.

**8. Vinculado ou dependente da contratação de outro Documento de Formalização de Demanda:** Não

**9. Indicação do fiscal do contrato:** Luciane Verona Rotta

Concórdia – SC, 12 de janeiro de 2026.

**Luciane Verona Rotta**  
Diretora Executiva do CIS AMAUC