



	MUNICÍPIO DE CONCÓRDIA FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Rua Marechal Deodoro, 1280, Ed. Golden Office Concórdia - SC CEP 89700-055 Fone: (49) 3030-0707 CNPJ: 10.455.823/0001-65 e-mail: samanta@concordia.sc.gov.br
--	--

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. Contratação de empresa prestadora de serviços para realização do Programa de Valorização dos Hospitais – PVH para o ano de 2024, conforme aprovado na Deliberação 744/CIB/2023, Deliberação 745/CIB/2023 e na Deliberação CIB nº 732, de 07 de dezembro de 2023.

2. NATUREZA DO OBJETO

2.1. Os serviços a serem contratados, referem-se a serviços especiais, de forma contínua durante a vigência da campanha.

3. QUANTITATIVO DO OBJETO

3.1. Os procedimentos a serem contratados estão descritos no Anexo I - Elenco dos procedimentos cirúrgicos de acordo com as filas prioritárias no Estado em 2023 e 2024 – Deliberação nº 732/2023.

4. JUSTIFICATIVA

4.1. A quantidade de procedimentos médicos ofertados pelo SUS não é suficiente diante das necessidades em saúde dos pacientes/usuários, sendo necessária à aquisição de serviços em caráter complementar, desta forma o Estado está promovendo a campanha em questão.

4.2. O Estado aprovou o Plano Estadual de Redução das Filas, a desenvolver-se em Santa Catarina, através da Deliberação CIB nº 732, de 07 de dezembro de 2023. Nesta mesma deliberação, foram aprovados, através de seus anexos, os procedimentos cirúrgicos de acordo com as filas prioritárias no Estado em 2023 e 2024, relação dos Gestores de saúde e a relação dos serviços de saúde que realizarão os procedimentos cirúrgicos.

4.3. A Portaria GM/MS Nº 701, de 01 de setembro de 2023 descentraliza o processo de habilitação de prestadores no âmbito do Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas (PNRF).

4.4. Conforme art. 31, §2º, do Decreto nº 7090, de 22 de fevereiro de 2023 e posteriores alterações, fica dispensada a elaboração de ETP por se tratar de formalização de contrato através de deliberação constante no Anexo II – Relação dos Gestores de Saúde - Deliberação nº 732/2023, que irá gerar um processo de Inexigibilidade, conforme previsão no inciso I, do art. 74 da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

5. DOCUMENTAÇÃO EXTRA

5.1. Termo de compromisso do Programa de Valorização dos Hospitais do Estado de Santa Catarina.



MUNICÍPIO DE CONCÓRDIA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Marechal Deodoro, 1280, Ed. Golden Office
Concórdia - SC | CEP 89700-055
Fone: (49) 3030-0707 | CNPJ: 10.455.823/0001-65
e-mail: samanta@concordia.sc.gov.br

6. PRAZO E FORMA DE ENTREGA/EXECUÇÃO

6.1. O cronograma a ser definido para o Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas em Santa Catarina corresponde ao período de novembro de 2023 a dezembro de 2024, podendo ser prorrogado.

6.2. Os valores previstos para a realização das cirurgias constituem-se do valor da Tabela SUS, constante no SIGTAP, e de Complemento de Tabela no qual já estão contemplados os valores dos exames pré-operatório e consultas necessárias e OPMes.

6.3. Aprova a Tabela Catarinense de procedimentos cirúrgicos eletivos, com seus respectivos valores financeiros, e a atualização da operacionalização do Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas a desenvolver-se no Estado de Santa Catarina conjuntamente.

6.4. A SES realizará pagamentos referentes ao Programa de Valorização dos Hospitais e Cirurgias Eletivas, quando couber, por meio de transferência fundo a fundo aos municípios no caso de prestadores sob Gestão municipal.

6.5. O repasse do Fundo Municipal de Saúde ao prestador de serviços deverá ocorrer imediatamente após o recebimento dos valores, respeitando as Portarias federais e regramentos estaduais existentes.

6.6. O financiamento do Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas ocorrerá com fontes de financiamento federal e estadual.

6.8. A prestação dos serviços será mensal, de forma continuada até a vigência do Programa.

6.9. A vigência do contrato será até dia 31/12/2024, com possibilidade de prorrogação, a ser definida pelo Estado.

7. FORMA DE RECEBIMENTO

7.1. Após a execução dos serviços, o mesmo será fiscalizado pelo FISCAL DO CONTRATO e será gerenciado pela Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado pelas Comissões Intergestores Regionais - CIRs e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

7.2. A comunicação da secretaria solicitante poderá ser feita através de forma eletrônica,



MUNICÍPIO DE CONCÓRDIA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Marechal Deodoro, 1280, Ed. Golden Office
Concórdia - SC | CEP 89700-055
Fone: (49) 3030-0707 | CNPJ: 10.455.823/0001-65
e-mail: samanta@concordia.sc.gov.br

valendo-se para tanto do e-mail do preposto indicado na Proposta de Preços/sistema.

8. LOCAL DE ENTREGA

8.1. A prestação dos serviços será na sede da Contratada.

9. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1. As despesas serão custeadas com recursos do Fundo Estadual de Saúde, Fundo Estadual de Apoio aos Hospitais Filantrópicos, Hemosc, Cepon e Hospitais Municipais e Fundo Nacional de Saúde.

9.2. A SES realizará pagamentos referentes ao Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, quando couber, por meio de transferência fundo a fundo aos municípios no caso de prestadores sob Gestão municipal.

9.3. O repasse do Fundo Municipal de Saúde ao prestador de serviços deverá ocorrer imediatamente após o recebimento dos valores, respeitando as Portarias federais e regramentos estaduais existentes.

9.4. O Encontro de Contas Financeiro será realizado mensalmente por meio da produção aprovada pelo DATASUS, assim que as bases de dados mensais estiverem à disposição para tabulação no mês de processamento.

10. GARANTIA

10.1. A Contratada deverá prestar garantia conforme disposto no art. 26 da Lei Federal nº 8.078 de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

11. AMOSTRA

11.1. Não há necessidade de apresentação de amostras para o objeto deste Termo de Referência.

12. SUBCONTRATAÇÃO

12.1 Não é permitida a subcontratação.

13. VISTORIA

13.1. Não é necessária vistoria.

14. FORMA DE ADJUDICAÇÃO

14.1. A contratação será global, conforme relação de subgrupos de procedimentos no pós-fixado, conforme previsto no Programa de Valorização dos Hospitais.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Sem informações.

15. ASSINATURAS

LEIDE MARA BENDER

SAMANTA RIZELO KELLER

	MUNICÍPIO DE CONCÓRDIA FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Rua Marechal Deodoro, 1280, Ed. Golden Office Concórdia - SC CEP 89700-055 Fone: (49) 3030-0707 CNPJ: 10.455.823/0001-65 e-mail: samanta@concordia.sc.gov.br
Gestor da Unidade Administrativa	Responsável pela elaboração do TR



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: ED03-2C73-EA39-36C8

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



SAMANTA RIZELO KELLER (CPF 037.XXX.XXX-04) em 28/02/2024 10:17:43 (GMT-03:00)

Papel: Assinante

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)



LEIDE MARA BENDER (CPF 674.XXX.XXX-49) em 28/02/2024 11:34:57 (GMT-03:00)

Papel: Assinante

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://concordia.1doc.com.br/verificacao/ED03-2C73-EA39-36C8>