



FORMULÁRIO DE PESQUISA DE PREÇOS

1. DESCRIÇÃO DO OBJETO: Chamamento público para credenciamento de pessoas jurídicas, públicas ou privadas, lucrativas ou não, para prestação de serviços de hospedagem para pernoites e alimentação de pacientes e acompanhantes em Tratamento Fora de Domicílio – TFD, na cidade de Chapecó, para atendimento dos pacientes do Fundo Municipal de Saúde de São João do Oeste/SC.

2. PERÍODO DE REALIZAÇÃO: maio de 2026.

1- METODOLOGIA APLICADA: o valor de referência foi aferido por meio de () Média () Mediana () Menor Preço (x) Outra: Foi usado de parâmetro de valores a tabela SIG TAP, que são os valores do SUS – Sistema Único de Saúde.

3. FONTES DE PESQUISA

Foi realizada a pesquisa de preços utilizando os seguintes parâmetros:

() I - Painel de Preços (<http://paineldeprescos.planejamento.gov.br>);

Item	Objeto	Und	Qtde	Contratante (Nome/UASG)	Empenho/ Licitação	Preço Unit. (R\$)

() II - contratações similares de outros entes públicos, em execução ou concluídos nos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data da pesquisa de preços;

Item	Objeto	Fornecedor (Nome E CNPJ)	Local de pesquisa (Endereço Completo)	Data/hora de acesso	Preço Unit. (R\$)

() III - pesquisa publicada em mídia especializada, sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo, desde que contenha a data e hora de acesso;



Objeto	Fornecedor (Nome e CNPJ)	Local de pesquisa (Endereço Completo)	Data/hora de acesso	Preço Unit. (R\$)

() IV - pesquisa com os fornecedores, desde que as datas das pesquisas não se diferenciem em mais de 6 (seis) meses.

Item	Descrição/ especificação	Fornecedor (Nome e CNPJ)	Data do orçamento / cotação	Preço Unit. (R\$)

4. ANÁLISE DA PESQUISA

Trata-se de um credenciamento prestação de serviço de hospedagem para pernoite e alimentação de pacientes e acompanhantes, serviço este regulamentado através da tabela SIG TAP, e, portanto, o parâmetro de valores que será pago as empresas credenciadas será o valor nela tabelado.

Preço de Referência	Refere-se a quais itens cada empresa se credenciar podendo ser em um deles ou em todos.
----------------------------	---

5. ANEXOS: A documentação comprobatória contendo as folhas que compõem a pesquisa de preços, segue anexa a este documento (Anexo I e Anexo II).

São João do Oeste, 02 de junho de 2026.

Cleide Teresinha Wirth Rempel

Matrícula funcional nº 1618



ANEXO I

Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente:

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 08.03.01.001-0 - AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE PACIENTE

Grupo: 08 - Ações complementares da atenção à saúde
Sub-Grupo: 03 - Autorização / regulação
Forma de Organização: 01 - Deslocamento/Ajuda de custo

Competência: 05/2026 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
Complexidade: Não se Aplica
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)
Sexo: Ambos
Média de Permanência:
Tempo de Permanência:
Quantidade Máxima:
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos
Pontos:
Atributos Complementares: Exige CPF/CNS

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 24,75	Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00
Total Ambulatorial:	R\$ 24,75	Serviço Profissional:	R\$ 0,00
		Total Hospitalar:	R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

A AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DESTINADA AO PACIENTE DURANTE O PERÍODO DE DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO, FORA DO DOMICÍLIO, EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Fonte: TABELA SIG TAB



ANEXO II

Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante:

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Procedimento

Procedimento: 08.03.01.004-4 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE

Grupo: 08 - Ações complementares da atenção à saúde
Sub-Grupo: 03 - Autorização / regulação
Forma de Organização: 01 - Deslocamento/Ajuda de custo

Competência: 05/2026 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
Complexidade: Não se Aplica
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)
Sexo: Ambos
Média de Permanência:
Tempo de Permanência:
Quantidade Máxima:
Idade Mínima: 18 anos
Idade Máxima: 80 anos
Pontos:
Atributos Complementares: Exige CPF/CNS

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 24,75	Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00
Total Ambulatorial:	R\$ 24,75	Serviço Profissional:	R\$ 0,00
		Total Hospitalar:	R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

A AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO E DESTINADA AO ACOMPANHANTE, DURANTE O PERÍODO DE DESLOCAMENTO EM QUE ACOMPANHA O PACIENTE PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO, FORA DE SEU DOMÍLIO, EM CONFORMIDADE COM AS NORMALIZAÇÕES VIGENTES.

Fonte: TABELA SIG TAB