



Fundo Municipal de Saúde de Pouso Redondo

CNPJ 12.321.353/0001-72
Avenida Ari Verdi, s/n — Centro - Pouso Redondo
CEP 89172-000 — Santa Catarina
Telefone: (47) 3S45-8750

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR (ETP)

1. INFORMAÇÕES BÁSICAS

1.1. Estudo técnico preliminar para contratação dos serviços abaixo descritos.

2. OBJETO DA CONTRATAÇÃO

1.1. O presente Estudo Técnico Preliminar tem por finalidade fazer a análise para futuro e eventual credenciamento de clínicas e/ou hospitais especializados na realização dos procedimentos abaixo descritos. Os interessados deverão informar no documento de credenciamento os procedimentos de interesse de realização.

	Descrição	Valor unitário
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 268,75
02.06.04.001-6	ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 308,28
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 149,24
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 24,24
02.01.01.035-6	BIOPSIA DE PALPEBRA	R\$ 18,33
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 40,00
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 78,75
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$ 3,37
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 133,26
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 187,93
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	R\$ 87,89
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289,43
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECCOES)	R\$ 408,52
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECCOES)	R\$ 383,07
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECCOES)	R\$ 166,47
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 324,54
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	R\$ 127,50
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECCOES)	R\$ 128,12
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES)	R\$ 130,50
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 457,55
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 112,61
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 108,94
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	R\$ 77,28
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTÍMULO	R\$ 107,30
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREIDADES	R\$ 114,02
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFAGICO (LÍQUIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GASTRICO	R\$ 144,22
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 114,86
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 157,23
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$ 310,82
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 135,38
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 338,70
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133,03
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 214,85
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 176,72
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRÂNSITO LIQUORICO)	R\$ 205,34



Fundo Municipal de Saúde de Pouso Redondo

CNPJ 12.321.353/0001-72
Avenida Ari Verdi, s/n — Centro - Pouso Redondo
CEP 89172-000 — Santa Catarina
Telefone: (47) 3S45-8750

02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 122,97
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 144,50
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 466,98
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA DE CARDIOLOGISTA	R\$ 134,75
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGIA	R\$ 112,07
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA DE OTORRINO	R\$ 112,07
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA DE PROCTOLOGIA	R\$ 112,07
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA DE UROLOGIA	R\$ 112,07
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA DE VASCULAR	R\$ 112,07
02.07.03.099-5	CONTRASTE PARA RESSONÂNCIAS	R\$ 136,09
02.06.03.099-0	CONTRASTE PARA TOMOGRAFIAS	R\$ 90,73
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 10,11
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)	R\$ 55,10
02.05.02.052-6	DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURAS ISOLADAS	R\$ 135,64
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 273,51
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R\$ 333,32
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 150,99
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 35,79
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 260,06
02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 119,16
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 165,24
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 78,75
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,37
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 6,74
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 141,33
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 57,33
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 24,24
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 24,24
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 153,31
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	R\$ 170,28
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 14,81
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 3,37
02.11.08.005-5	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR	R\$ 72,50
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 172,27
04.05.01.011-7	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 689,66
04.05.05.022-4	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R\$ 436,44
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 268,75
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE	R\$ 268,75
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 268,75
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 268,75
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 268,75
02.07.03.031-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FLUXO LIQUÓRICO (VALOR SUS RNM R\$ 268,75 X 2)	R\$ 537,50
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 268,75
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 268,75
02.07.03.032-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA HIDRO COLANGIO (VALOR SUS RNM R\$ 268,75 X 2)	R\$ 537,50
02.07.03.033-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PERFUSÃO CEREBRAL (VALOR SUS RNM R\$ 268,75 X 2)	R\$ 537,50
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 64,00
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	R\$ 25,00
02.09.01.099-1	RETIRADA DE PÓLIPOS (SEM LIMITE DE QUANTITATIVO, INDEPENDENTEMENTE DO NÚMERO DE PÓLIPOS)	R\$ 136,09



Fundo Municipal de Saúde de Pouso Redondo

CNPJ 12.321.353/0001-72

Avenida Ari Verdi, s/n — Centro - Pouso Redondo

CEP 89172-000 — Santa Catarina

Telefone: (47) 3S45-8750

02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 166,02
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIAS	R\$ 22,93
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 82,28
04.05.01.017-6	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 143,99
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 165,04
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R\$ 3,37
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 101,10
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 138,65
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 86,75
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 97,44
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 3,37
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	R\$ 24,24
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 456,73
03.09.07.002-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NAO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R\$ 1.706,34
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NAO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 957,67
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL OU TESTÍCULOS COM DOPPLER	R\$ 130,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	R\$ 73,52
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 87,34
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 73,52
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 73,52
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 73,52
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 73,52
02.05.02.053-4	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS OU PARTES MOLES	R\$ 79,16
02.05.02.054-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS OU PARTES MOLES COM DOPPLER	R\$ 135,64
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA	R\$ 73,52
02.05.02.021-6	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE	R\$ 73,52
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 92,43
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 92,43
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 73,52
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 73,52
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 73,52
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	R\$ 130,00
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 73,52
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 212,73
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VVASOS) ECODOPPLER DE CARÓTIDA	R\$ 262,05
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 92,22
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 73,52
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL E AXILAS BILATERAL	R\$ 153,53
02.05.02.050-0	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 191,13
02.05.02.051-8	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA COM DOPPLER	R\$ 246,62
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 73,52
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 88,92
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	R\$ 130,00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 73,52



Fundo Municipal de Saúde de Pouso Redondo

CNPJ 12.321.353/0001-72
Avenida Ari Verdi, s/n — Centro - Pouso Redondo
CEP 89172-000 — Santa Catarina
Telefone: (47) 3545-8750

02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 73,52
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 73,52
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 112,71

3. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

3.1. Após análise técnica, administrativa e financeira da forma de execução dos serviços de saúde anteriormente viabilizados por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde CISAMAVI, deliberou pelo não prosseguimento do vínculo de convênio com o referido consórcio. O modelo consorcial, embora legalmente previsto, limita a gestão direta quanto à definição de prioridades, pactuação de quantitativos e organização da oferta conforme as especificidades locais. A administração municipal busca maior governança sobre o controle de produção, a regulação de acesso e a fiscalização contratual.

3.2. A Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de estrutura física, equipamentos ou equipe técnica própria para a realização dos procedimentos mencionados. Dessa forma, permanece imprescindível a contratação de prestadores externos para assegurar a continuidade da assistência à população. Contudo, entende-se que a contratação direta/credenciamento próprio possibilita melhor organização da oferta, definição de quantitativos conforme a demanda real do município, maior controle e maior proximidade na fiscalização dos serviços, sem a intermediação consorcial.

3.3. A decisão observa os princípios da legalidade, economicidade, eficiência, planejamento e interesse público, previstos na Lei nº 14.133/2021, bem como a prerrogativa da Administração de rever seus modelos de contratação sempre que demonstrado que outra solução atende de forma mais adequada ao interesse público.

4. SETOR REQUISITANTE

4.1. A presente demanda está sendo solicitada pela Secretaria de Saúde de Pouso Redondo – SC, através da servidora Cristiane Borghesan.

5. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, GARANTIA E RECEBIMENTO

5.1. Os pagamentos serão efetuados através de depósito em conta bancária em nome da proponente, mediante o recebimento do Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica (DANFE), pela unidade administrativa requisitante, contendo o detalhamento dos serviços prestados, bem como lista dos procedimentos realizados no período.

5.2. O pagamento será realizado em até 30 dias após recebimento da nota fiscal.

5.3. Considera-se ocorrido o recebimento definitivo do serviço o momento em que o representante da ontratante atestar o recebimento definitivo do objeto empenhado.

5.4. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

5.5. Não se realizará pagamento através de Boleto Bancário, os pagamentos serão efetuados, apenas, mediante apresentação da DANFE.

5.6. Os serviços deverão ser executados na sede própria do credenciado, nos dias e horários indicados pelo credenciado, em estrita conformidade com as legislações pertinentes. Os profissionais deverão ser habilitados e, devidamente, registrados nos conselhos de classe respectivos e competentes, visando a correta realização da prestação dos serviços, nos termos das orientações do município contratante



Fundo Municipal de Saúde de Pouso Redondo

CNPJ 12.321.353/0001-72
Avenida Ari Verdi, s/n — Centro - Pouso Redondo
CEP 89172-000 — Santa Catarina
Telefone: (47) 3S45-8750

6. DEMOSTRAÇÃO DA PREVISÃO

6.1. O Município ainda está em fase de elaboração do plano de contratação anual, sendo que por esta razão não está sendo apresentado.

7. REQUISITO DA CONTRATAÇÃO

7.1. A CONTRATADA deverá respeitar as exigências técnicas especificadas no Termo de Referência.

7.2. Ressalta-se que as especificações representadas no Termo de Referência servirão apenas para determinar um padrão mínimo de qualidade a ser seguido.

7.3. A CONTRATADA compromete-se a executar fielmente os serviços sempre dentro da boa técnica e dos padrões usuais, bem como respeitar as normas, as especificações técnicas, as condições de segurança aplicáveis em trabalhos deste gênero, toda a legislação aplicável à espécie, bem como todas as determinações e resoluções dos órgãos competentes da Administração Pública e demais entidades de fiscalização.

7.4. A CONTRATADA assumirá integral responsabilidade pela execução dos serviços contratados, bem como responderá perante a CONTRATANTE, por eventuais danos a que der causa em razão de qualidade dos serviços e dos atos praticados na sua execução, que por si, quer por sua equipe de profissionais disponibilizada, direta ou indiretamente nesta execução.

7.5. A CONTRATADA deverá prestar informações sobre o andamento dos serviços, e, caso ocorra imprevistos deverá notificar de imediato a Secretaria de Saúde sobre o fato, assim como as devidas medidas que serão tomadas visando a normalização da entrega dos serviços.

7.6. A CONTRATADA deverá possuir todas as certificações válidas e atender a todas as formalidades legais para a prestação dos serviços do objeto deste estudo.

7.7. A CONTRATADA deverá apresentar os documentos:

I- DA HABILITAÇÃO FISCAL, TRABALHISTA E REGULARIDADE ECONÔMICA FINANCEIRA DE PESSOAS JURÍDICAS:

- Cópia do CNPJ/MF;
- Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos tributos Federais e a Dívida Ativa da União, emitida pela Receita Federal;
- Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Estado (Tributos Estaduais) onde for sediada a empresa;
- Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Município onde for sediada a empresa;
- Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço);
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas CNDT;
- Certidão negativa de falência, expedida pelo distribuidor ou pelos cartórios de registro da sede da pessoa jurídica, observada a forma e procedimento do órgão emissor. As empresas que estiverem



Fundo Municipal de Saúde de Pouso Redondo

CNPJ 12.321.353/0001-72
Avenida Ari Verdi, s/n — Centro - Pouso Redondo
CEP 89172-000 — Santa Catarina
Telefone: (47) 3545-8750

em processo de recuperação judicial poderão participar do processo desde que comprovem na fase de habilitação sua viabilidade econômica.

- Alvará sanitário atualizado, expedido pela autoridade de vigilância sanitária competente;
- Atestado de funcionamento emitida pelo Corpo de Bombeiros ou protocolo de solicitação;
- Cadastro ativo junto ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

8. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

8.1. A solicitação deve ser fornecida durante todo o período de vigência do contrato conforme solicitações encaminhadas pelo setor requisitante.

8.2. A estimativa da demanda a ser contratada foi elaborada com base na série histórica de atendimentos registrada nos sistemas internos da Secretaria Municipal de Saúde, referentes aos últimos três anos. Foram considerados os dados obtidos em convênios anteriores realizados pelo Município, bem como os volumes médios mensais de exames efetivamente solicitados pelas unidades da rede pública municipal.

8.3. Ainda que não haja relatórios específicos anexados, a estimativa baseia-se em informações de uso recorrente e consolidado no histórico administrativo da pasta da saúde, respeitando os princípios da razoabilidade, proporcionalidade e planejamento previstos na Lei nº 14.133/2021.

8.4. O valor máximo estimado para atender a despesa do contrato, será de **R\$ 900.000,00 (Novecentos mil reais)** correspondente ao período de 12 (doze) meses, sendo que o pagamento dos serviços é condicionado ao quantitativo de procedimentos realizados.

9. LEVANTAMENTO DE MERCADO E PESQUISA DE PREÇO

9.1. O valor máximo estimado foi realizado com base na série histórica de atendimentos registrada nos sistemas internos da Secretaria Municipal de Saúde, referentes aos últimos três anos. Os valores definidos para o presente credenciamento correspondem aos mesmos valores praticados pelo Consórcio CISAMAVI, os quais já vinham sendo utilizados como referência para a remuneração dos serviços.

10. DEMONSTRAÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

10.1. A contratação por credenciamento constitui a alternativa mais adequada, viável e eficiente para suprir a ausência de estrutura própria, garantir acesso oportuno aos exames e assegurar a continuidade da assistência à população, atendendo aos princípios da eficiência, economicidade e interesse público.

10.2. A solução proposta consiste na contratação de prestadores especializados, por meio de credenciamento, para a realização de exames de apoio diagnóstico, especialmente exames de imagem, tais como ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e outros procedimentos correlatos, destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município.

10.3. A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão público do governo municipal responsável pela direção do Sistema Único de Saúde – SUS e atua garantindo a universalidade, a equidade e a integralidade das ações e serviços de saúde, visando o melhor uso dos recursos técnicos, humanos e financeiros. Segundo a Constituição Federal, Artigo 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.



Fundo Municipal de Saúde de Pouso Redondo

CNPJ 12.321.353/0001-72
Avenida Ari Verdi, s/n — Centro - Pouso Redondo
CEP 89172-000 — Santa Catarina
Telefone: (47) 3S45-8750

11. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO

11.1. Considerando o modelo de contratação adotado, o objeto não será parcelado em lotes ou itens distintos, uma vez que a própria lógica do credenciamento substitui a necessidade de parcelamento formal, atendendo aos princípios da economicidade, eficiência, isonomia e melhor aproveitamento do mercado, conforme prevê o art. 40, §2º, da Lei nº 14.133/2021.

12. DEMOSTRAÇÃO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS

12.1. Resultados pretendidos com a contratação: ampliação da oferta de exames especializados à população usuária do SUS, redução do tempo de espera para realização de exames, apoio qualificado ao diagnóstico médico e à definição de condutas clínicas, maior resolutividade da rede municipal de saúde, garantia da continuidade da assistência, diante da inexistência de estrutura própria, melhoria no controle, regulação e acompanhamento da execução dos serviços, otimização da logística de transporte e redução de custos indiretos.

13. POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS E RESPECTIVAS MEDIDAS MITIGADORAS

13.1. A contratação de estabelecimentos de saúde para realização de procedimentos pode gerar impactos ambientais indiretos, especialmente relacionados à operação dos serviços. Embora o Município não execute diretamente tais atividades, cabe prever medidas que assegurem a adequada gestão ambiental pelos prestadores credenciados.

- ✓ Possíveis impactos ambientais: geração de resíduos de serviços de saúde (RSS), incluindo materiais contaminados, perfurocortantes e descartáveis; descarte inadequado de insumos, produtos químicos e materiais utilizados em procedimentos diagnósticos; consumo de energia elétrica por equipamentos de imagem de alta complexidade; consumo de água e geração de efluentes sanitários; emissão de resíduos eletrônicos decorrentes de equipamentos e componentes.
- ✓ Medidas mitigadoras exigida: comprovação de que possuem Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), conforme legislação sanitária e ambiental; destinação ambientalmente adequada dos resíduos, por empresa licenciada; cumprimento das normas da vigilância sanitária e dos órgãos ambientais competentes; adoção de práticas de uso racional de água e energia; descarte correto de equipamentos e componentes eletrônicos, conforme normas ambientais; manutenção das licenças sanitárias e, quando aplicável, ambientais.

14. GRAU DE PRIORIDADE

14.1. Grau alto.

15. DA FORMA DE CONTRATAÇÃO

15.1 Após a análise do objeto como um todo, fica definido que a melhor forma para se contratar é pela modalidade credenciamento.

Pouso Redondo, 03 de fevereiro de 2026.

Cristiane Borghesan
Secretária Adjunta da Saúde