



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

TERMO DE REFERÊNCIA

1– OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência 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 LIMIAR (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 EXTREMIDADES 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 PROJECOES)	R\$ 408,52
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 383,07
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	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 PROJECOES)	R\$ 128,12
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	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 EXTREMIDADES	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
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



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

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	ELETRCARDIOGRAMA	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
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 166,02
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R\$ 22,93
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 82,28



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

04.05.01.017-6	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 143,99
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 165,04
02.11.06.022-4	TESTE DE VISÃO 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 ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES 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 TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉLVIS / BACIA	R\$ 138,65
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	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 CRÂNIO	R\$ 97,44
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 3,37
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEIA	R\$ 24,24
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 456,73
03.09.07.002-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R\$ 1.706,34
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO 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 (FÍGADO, VESÍCULA, 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 URINÁRIO	R\$ 73,52
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 73,52
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	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 AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES 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 TIREÓIDE	R\$ 73,52
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	R\$ 130,00
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDÍACA)	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 VASOS) ECODOPPLER DE CARÓTIDA	R\$ 262,05
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 92,22
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA 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 OBSTÉTRICA	R\$ 73,52
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 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 PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 73,52
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 73,52
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	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

02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 112,71

1.2. 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.

2- JUSTIFICATIVA

2.1. 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.

2.2. 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.

2.3. 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.

3- REQUISITOS DA HABILITAÇÃO CONTRATAÇÃO, FORMA E CRITÉRIO DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

3.1. O fornecedor deve possuir profissionais qualificados e devidamente registrados no conselho profissional competente, com formação técnica específica.

3.2. A empresa fornecedora deve possuir estrutura adequada, no Estado de Santa Catarina, por se tratar de requisito essencial à viabilidade logística, segurança dos pacientes, controle de custos e adequada execução dos serviços de saúde ofertados à população do Município.

3.3. Para fins de habilitação, os interessados deverão apresentar a seguinte documentação em original ou cópias devidamente autenticadas:

I - DA HABILITAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS:

- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- Cédula de identidade e CPF dos sócios gerentes ou diretores da empresa;
- Contrato Social; Declaração de Firma Individual.

II – DA HABILITAÇÃO TÉCNICA:



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

- Registro ou inscrição e prova de regularidade no Conselho de Classe;
- Termo de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho de Classe;
- Diploma (s), currículo (s) de profissional (is).

III – DA HABILITAÇÃO FISCAL, TRABALHISTA E REGULARIDADE ECONÔMICO 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 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).

IV – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- Declaração de que não existe fato impeditivo em contratar com o poder público e de que aceita as condições requeridas neste decreto e no edital;
- Declaração de cumprimento das condições de Habilitação;
- Declaração de Idoneidade;
- Declaração de cumprimento do Art. 7º da Constituição Federal;
- Demais declarações conforme solicita o edital convocatório.

3.2. Após o Credenciamento a Administração poderá exigir a qualquer momento a apresentação dos documentos de habilitação.

4- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital;



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

4.2. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade do objeto recebido provisoriamente com as especificações constantes no edital de processo licitatório, para fins de aceitação e recebimento definitivo;

4.3. Comunicar à CONTRATADA, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

4.4. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da CONTRATADA, através de comissão/servidor especialmente designado neste termo;

4.5. Efetuar o pagamento à CONTRATADA no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital.

5- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

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

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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.

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

6- NA EXECUÇÃO DO CONTRATO, CABERÁ AO MUNICÍPIO/ENTIDADE

6.1. Designar um servidor para acompanhar a execução e fiscalizar a prestação dos serviços, objeto do contrato.

6.2. Por ocasião do recebimento dos serviços, o Município/Entidade, por intermédio de servidor designado, reserva-se no direito de proceder à inspeção de qualidade dos mesmos e de rejeitá-los, no todo ou em parte, se estiverem em desacordo com as especificações do objeto licitado, obrigando-se a empresa vencedora a promover a devida substituição.

6.3. O aceite dos serviços não exclui a responsabilidade civil do fornecedor por vícios de quantidade, de qualidade ou técnico, ou por desacordo com as especificações estabelecidas neste Edital, verificadas posteriormente.

6.4. Caso os serviços sejam recusados ou o documento fiscal apresente incorreção, o prazo de pagamento será contado a partir da data da regularização da entrega ou do documento fiscal, a depender do evento.



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

6.5. Caberá a proponente vencedora obedecer ao objeto do presente instrumento e as disposições legais contratuais, prestando-os dentro dos padrões de qualidade, continuidade e regularidade.

6.6. Caso tenha mais de um credenciado, o paciente poderá escolher livremente entre os credenciados.

6.7. O Credenciado não poderá cobrar do paciente, ou seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

6.8. Os serviços deverão ser realizados utilizando-se de estrutura, recursos materiais e humanos próprios do prestador contratado, ou seja, providos por este, conforme o nível de complexidade e os critérios para composição de quadro mínimo de profissionais técnicos necessários para o atendimento da demanda encaminhada pela contratante, durante toda a vigência do contrato, não sendo permitida a inexecução do objeto do contrato por falta de quaisquer destes itens.

6.9. As despesas com materiais de consumo, insumos, estruturas e equipamentos necessários ao perfeito e bom desempenho dos serviços deverão ser disponibilizados pelo prestador contratado sem ônus à Secretaria Municipal de Saúde.

6.10. Deverá o credenciado disponibilizar estrutura adequada para atendimento da população, bem como, disponha de todo aparato necessário para execução de serviços: equipamentos, materiais, mão de obra técnica e entrega de resultados.

6.11. Os menores de idade, os com idade igual ou maior de 60 (sessenta) anos, bem como as pessoas que necessitam de auxílio/assistência continuada, podem se valer da presença de um acompanhante na execução dos exames.

6.12. O prestador contratado deverá responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar à administração pública de Pouso Redondo/SC ou terceiros, tendo como agente o prestador contratado, prepostos ou estranhos, ligados a empresa na execução deste objeto, devendo arcar com a indenização por ventura devida dentro dos limites de sua responsabilidade.

6.13. O prestador contratado responderá exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde.

6.14. A execução dos exames deverá ser realizada por meio de profissionais especializados, responsabilizando-se por quaisquer danos causados pelos mesmos aos pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência.

6.15. O Credenciado não poderá cobrar dos usuários do serviço qualquer complementação aos valores pagos pelo Município pelos serviços prestados. Caso ocorra, sendo comprovada a cobrança indevida, o Credenciado deverá ressarcir o usuário do serviço ou seu representante legal do valor cobrado no prazo de 72 (setenta e duas) horas, sob pena de descredenciamento e demais consequências legais.

6.16. O atendimento ao usuário do SUS será humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH (Ministério da Saúde, 2004) e a Carta de Direitos do Usuário do SUS (Ministério da Saúde, 2011). Também é dever do Contratado atender os usuários do serviço com respeito e dignidade, de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade dos serviços prestados.



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

6.17. Caso haja necessidade de retificação em qualquer dado constante de laudo já emitido, a mesma deve ser feita em um novo laudo descrevendo a retificação realizada.

6.18. Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes do SUS e os demais pacientes atendidos pelo prestador.

6.19. O prazo para entrega de laudos e resultado de exames deverá ser o mesmo dos praticados junto a iniciativa privada, bem como dispostos em protocolos e regimentos quando assim estiver previsto, ensejando em descumprimento do contrato e possível penalidade o não cumprimento e entrega dos resultados dentro dos prazos regularmente praticados.

7- DA PROPOSTA

7.1. O fornecedor interessado, após a divulgação, deverá seguir o que rege o edital licitatório.

8- CRITÉRIOS PARA REAJUSTE

8.1. O valor contratual poderá ser reajustado após 12 meses, caso haja prorrogação do contrato, pelo índice INPC.

9- DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1. 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.

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

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

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

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

9.6. No caso de reajuste, mediante solicitação por escrito da empresa, será utilizado o índice INPC dos últimos 12 meses.

9.7. O presente contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, mediante acordo entre as partes para restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução do contrato tal como pactuado, respeitada, em qualquer caso, a repartição objetiva de risco estabelecida no contrato.

9.8. A CONTRATADA deverá solicitar, por escrito, o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro que será analisado pelo CONTRATANTE e se for o caso, deferido

9.9. Nas alterações unilaterais a que se refere o inciso I do caput do art. 124 da Lei Federal nº 14.133/2021, a CONTRATADA será obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato que se fizerem nas obras, nos serviços



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

ou nas compras, e, no caso de reforma de edifício ou de equipamento, o limite para os acréscimos será de 50% (cinquenta por cento).

9.10. As alterações unilaterais não poderão transfigurar o objeto da contratação.

10- DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

10.1. A apuração das Infrações e Sanções Administrativas observará os termos da Lei 14.133, de 1º de abril de 2021.

11- NORMAS DE REGÊNCIA

11.1. É regida pela Lei 14.133 e pelo decreto municipal 138/2023.

12- DA VIGÊNCIA, FISCALIZAÇÃO E LOCAL DOS SERVIÇOS

12.1. Os serviços deverão ser executados no endereço do credenciado, nos dias e horários indicados pelo mesmo, 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.

12.2. A contrada deverá apresentar relatório de atendimentos realizados para a fiscal do contrato o Secretário de Saúde CLAUDIR PIRES DE MORAES onde o mesmo deverá apresentar para a gestora do contrato a JAMYLLE DIONIZIO FREITAS ZANELLA.

12.3. O prazo de vigência contratual será de 12 meses, podendo ser prorrogado a critério do contratante e necessidade justificados.

13. GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

13.1. As atividades de gestão e fiscalização da execução do contrato são o conjunto de ações que tem por objetivo aferir o cumprimento das atividades e resultados previstos pelo CONTRATANTE para os serviços contratados, verificar a regularidade das obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como prestar apoio à instrução processual e o encaminhamento da documentação pertinente ao setor de contratos do CONTRATANTE para a formalização dos procedimentos relativos ao reajuste, alteração, reequilíbrio, prorrogação, pagamento, eventual aplicação de sanções, extinção deste instrumento, dentre outros, com vista a assegurar o cumprimento das suas cláusulas e a solução de problemas relativos ao seu objeto.

13.2. O conjunto de atividades de que trata o caput desta cláusula compete ao gestor do contrato, auxiliado pelo fiscal do contrato.

13.3. As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual devem ser realizadas de forma preventiva, rotineira e sistemática.

13.4. A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos no Termo de Referência.

13.5. O MUNICÍPIO DE POUSO REDONDO/SC designa como Gestora do Contrato a Sra. JAMYLLE DIONIZIO FREITAS ZANELLA, inscrita no CPF sob nº 628.564.803-49, e como Fiscal do Contrato o Sr. CLAUDIR PIRES DE MORAES, inscrita no CPF sob nº 038.100.399-00. designados conforme Portaria nº 261/2025 de 22/04/2025.



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

13.6. O preposto da CONTRATADA será o representante legal da CONTRATADA indicado no preâmbulo do termo de contrato, que poderá ser substituído mediante prévia comunicação ao CONTRATANTE.

14. MAPA DE RISCOS E PCA

14.1. O município ainda está em fase de elaboração de mapa de riscos e do plano de contratação anual, sendo que por estas razões não estão sendo apresentados.

15- ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

15.1 As despesas com a execução do Contrato decorrente deste processo, correrão conforme declaração de disponibilidade orçamentária e financeira em anexo.

16- LEVANTAMENTO DE MERCADO/PESQUISA DE PREÇO

16.1. 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.

Pouso Redondo, 03 de fevereiro de 2026.

Cristiane Borghesan
Secretária Adjunta da Saúde