

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 172/2024- MANDADO JUDICIAL/SRSC/MJ

1- DO OBJETO

1.1 Aquisição de **CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA + PROTESE MAMÁRIA**, para atender decisão judicial em favor do paciente **M.P.S.P, Nº 5000291-20.2023.8.08.0030**, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

Tabela 01- ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DO OBJETO

LOTE	ESPECIFICAÇÃO	SIGA	UNIDADE DE MEDIDA	QUANT MIN	QUANT MAX
1	MANDADO JUDICIAL; SERVIÇO; TÍTULO: PROCEDIMENTO CIRURGICO; SUBTÍTULO: CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA EM AMBAS AS MAMAS + PROTESE MAMARIA, INCLUINDO CONSULTAS PRE E POS OPERATORIAS, EXAMES, BIOPSIA DO MATERIAL	277887	SERVIÇO	01	01

O SERVIÇO deverá contemplar a realização de consulta avaliativa e/ou pré-operatória, consulta pré-anestésica e consulta pós-operatória e/ou revisão, incluindo todo o material necessário, medicamentos, equipe cirúrgica e OPMEs se necessário, bem como outros itens que se fizerem necessários para/na realização do procedimento.

NECESSITA DE CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA + PROTESE MAMÁRIA

1.1.3 LAUDO MÉDICO:

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS


DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
NÚCLEO DE LINHARES

RELATÓRIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

Se(o) MÉDICO(A): é necessário que o formulário seja preenchido com letra legível, conforme prevê os artigos 11 e 27 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/18). É imprescindível que seja INTEGRALMENTE preenchido, se porventura, algum(uns) tópico(s) não se encaixar(em) ao caso, identifique-o(s) com a informação: "NÃO SE APLICA".

DATA: 09/01/23 ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: D. Leonardo - UBS

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

1.1 Nome: [REDACTED]

1.2 Data de nascimento: [REDACTED] 3. RG/CPF: [REDACTED]

1.4 Cartão do SUS: [REDACTED] 5. Endereço: [REDACTED]

2. INFORMAÇÕES SOBRE O PROFISSIONAL:

2.1 Nome: Dr. Roberto de O. Mendes
Médico de Família
CRM-ES 4731 - RQE 7112

2.2 Número do registro no Conselho Regional de Medicina - CRM: 4731

2.3 CNES: 2675668

3. SOBRE A FORMA DE ATENDIMENTO:

3.1 Paciente atendido pela: Saúde Pública - SUS (☒) ou
Saúde Suplementar - Particular e Convênio (☐) Qual operador? NÃO SE APLICA

3.2 Houve tentativa de obter o produto ou atendimento no Plano de Saúde? NÃO SE APLICA

3.3 Houve negativa? Não houve (☐) Escrita (☐) Verbal (☐)

3.4 Houve tentativa de obter o produto ou serviço no SUS? SIM

3.5 Em que Unidade/Município/Estado? UBS Vila Nova Horizonte / ES / Espírito Santo

3.6 Houve negativa? Não houve (☐) Escrita (☒) Verbal (☐)

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS

4. EXAME CLÍNICO:

4.1 Histórico da Doença Atual (HDA): Síndrome coronária
miocárdica.

4.2 Hipótese Diagnóstica (HD): Síndrome coronária aguda

4.3 Código Internacional de Doenças (CID): K93.1

4.4 Resultado de exames realizados: _____

5. OBJETO DA SOLICITAÇÃO – NOMENCLATURA ESPECÍFICA:

5.1 Procedimentos de Saúde (consulta, exame cirurgia, transferência ou internação hospitalar, oxigenoterapia hiperbárica, fisioterapia, entre outros); Medicamentos (produto, posologia e via de administração); Utensílios, equipamentos, fraldas, curativos, próteses, entre outros (tamanho e quantidade): _____

angioplastia por cateter + intervenção
angioplastia por cateter

5.1.1 São necessários exames pré-cirúrgicos e/ou revisão após o procedimento planejado?

Sim (☒) Não (☐)

5.1.2 Tratamento Contínuo: (☐) Sim (☐) Temporário: (☒) Prazo: 30 dias

6. EM CASO DE MEDICAMENTO, TRATA-SE DE PRODUTO APROVADO PELA ANVISA?

Sim (☐) Não (☒)

6.1 Caso não seja aprovado pela ANVISA, o produto é aprovado por órgão de controle estrangeiro?

Sim (☐) Não (☒) De qual país? NÃO SE APLICA

6.2 Caso não seja aprovado pela ANVISA, há estudos de evidência científica (eficácia, efetividade e segurança) do produto? Sim (☐) Não (☒)

Qual evidência científica? NÃO SE APLICA

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

7. TRATA-SE DE PRESCRIÇÃO OFF LABEL (Materiais ou fármacos comercializados enquanto as novas indicações não são aprovadas, seja porque as evidências ainda não estão completas ou porque ainda se encontra em fase de avaliação pela Agência Reguladora)?
Sim () Não ()

7.1 Caso positivo, justificar a prescrição off label: NÃO SE APLICA

8. ANTES DE SEREM PRESCRITOS OS PRODUTOS OU PROCEDIMENTOS ACIMA LISTADOS, FOI(AM) ADOTADA(S) OUTRA(S) MEDIDA(S)? Sim (x) Não ()

8.1 Em caso positivo, quais? OUTRA TERCIA

9. OS PRODUTOS/PROCEDIMENTOS, CONFORME FINALIDADE DIAGNÓSTICA PRESCRITA, CONSTAM DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO SUS?
Sim (x) Não ()

10. EXISTE OUTRO PRODUTO/PROCEDIMENTO(S) COM O MESMO PRINCÍPIO ATIVO OU CAPACIDADE TERAPÊUTICA SIMILAR OFERECIDO PELO SUS QUE ATENDA A NECESSIDADE DO PACIENTE?
Sim () Não (x)

10.1 Em caso positivo, quais? NÃO SE APLICA

11. QUAL A RAZÃO PARA PRESCREVER PRODUTO/SERVIÇO DIFERENCIADO ÀQUELE OFERECIDO PELO SUS OU PLANO DE SAÚDE?
NÃO SE APLICA

12. HÁ PRODUTOS, PROCEDIMENTOS OU MEDICAMENTOS COM O MESMO PRINCÍPIO ATIVO NO MERCADO? Sim () Não ()

12.1 Em caso positivo, quais? NÃO SE APLICA

13. O PRODUTO/PROCEDIMENTO É IMPRESCINDÍVEL PARA O PACIENTE?
Sim (x) Não ()

13.1 É URGENTE? Sim (x) Não ()

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

Recetário

[Redacted]

Atento para os dados fornecidos que a paciente
supracitada nasceu com malha cervical
separadora de membranas e abdômenoplastia
após cirurgia bariátrica


Car. [Redacted] [Redacted]
[Redacted]

10/05/23

 Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

1.2 O serviço desta contratação, são considerados como serviços comuns, dispensada a elaboração do Estudo Técnico Preliminar, com base nos requisitos constantes no art. 75, inciso VIII, com o art. 72 da Lei Federal nº 14.133/2021, Decreto nº 5352-R, de 28 de março de 2023, Resolução CPGE nº 340, de 11 janeiro de 2024, Enunciado CPGE nº 16.

1.3 O serviço desta contratação não se enquadra como sendo de bem de luxo, conforme Decreto Nº 5352-R, de 28 de Março de 2023, Capítulo II, Artigo 13-III.

1.4 O prazo de vigência Será emitida Ordem de Fornecimento de Serviço, cuja vigência expirar-se-á com a entrega e aceite do objeto, conforme o Artigo 95. Inciso II, da Lei 14.133/2021.

2- FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1 A Fundamentação da Contratação e de seus quantitativos encontra-se pormenorizada em tópico específico deste Termo de Referência.

3- DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

3.1 A aquisição do Tratamento descrito na tabela faz-se necessária para atender a decisão judicial supramencionada, com prazo exíguo para cumprimento, sob pena de multa fixa, é imprescindível para manter o atendimento ao Mandado Judicial encaminhado à SRSC, o transcorrer do prazo estipulado pela decisão judicial.

3.1.2 Nesse contexto, o cumprimento das decisões a fim de prevenir quaisquer medidas punitivas e assegurar a regularidade do processo, conforme detalhamento abaixo, decisão judicial e laudo, todos anexados ao processo.

3.1.3 Mandado Judicial Nº. 5000291-20.2023.8.08.0030 em favor do paciente M.P.S.P , determina o fornecimento, conforme Decisão judicial.

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

3.1.4 Paciente M.P.S.P, (trinta e nove) anos de idade, apresenta sequelas de cirurgia de bariátrica, sendo indicada para cirurgia de abdominoplastia, mamoplastia redutora + prótese mamária. Em janeiro de 2024 esteve em consulta médica com o cirurgião plástico no prestador Hospital Estadual Dório Silva, com histórico de cirurgia bariátrica realizada há dois anos, liberada pelo cirurgião que a operou para se submeter-se a cirurgia plástica de abdominoplastia + correção de diástase, efetivando o procedimento em 22/05/2024 no prestador Hospital Estadual Dório Silva. Sendo assim necessitará dar continuidade ao tratamento, conforme prescrição médica. CID K91.1.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1 Sustentabilidade:

4.1.1 Devem ser observados os requisitos contidos no Guia Estadual de Contratações Sustentáveis para a adoção dos critérios e práticas de sustentabilidade nesta contratação. Tal item visa atender, no que couber demais legislações vigentes relativas ao tema.

4.2 Subcontratação

4.2.1 A subcontratação do objeto contratual, poderá ser admitida nos termos do art. 122 da Lei 14.133/2021.

5.DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

5.1 Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133/2021, pela razão de não ser uma aquisição com contrato.

6. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

Condições de Entrega

6.1.1 Início da execução do serviço se dará em até 10 (dez) dias corridos, a contar do envio/recebimento da Autorização de Execução dos Serviços ou similar.

6.1.2 O serviço deverá estar conforme Tabela 1.0 da especificação detalhada do serviço.

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

6.1.3 Caso não seja possível a entrega, a empresa deverá comunicar as razões respectivas no ato do recebimento da autorização de execução dos serviços, para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja analisado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

7- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA

7.1. Compete ao contratante;

- a) Acompanhar e fiscalizar o serviço, verificando se estão em conformidade ao descrito na tabela do presente Termo de Referência e na Ordem de Fornecimento.
- b) Alocar os recursos orçamentários e financeiros necessários, promovendo o pagamento à contratada, conforme condições previamente estabelecidas.
- c) Disponibilizar à contratada, quando solicitado, toda documentação e informações inerentes ao serviço contratado.
- d) Informar a contratada, previamente, qualquer alteração nos horários e dias para prestação dos serviços.
- e) Prestar informações e esclarecimentos que venham ser solicitadas pela contratada.
- f) Notificar por escrito a contratada quaisquer irregularidades encontradas na prestação do serviço.

7.2 À CONTRATADA obriga-se a:

- a) Fornecer o serviço deste Termo de Referência, de acordo com as especificações da tabela 1.0
- b) Apresentar a documentação referente a Qualificação Técnica solicitada
- c) Cumprir orientação do órgão fiscalizador e/ou do executor do Contrato.
- d) Cumprir rigorosamente os termos estipulados na Ordem de Fornecimento de SERVIÇO
- e) Assumir e comprovar todas as despesas relacionadas a tributos cientes que estas correrão por conta da CONTRATADA, a qual se responsabilizará, inteiramente, por todas as obrigações fiscais decorrentes ou relacionadas com os SERVIÇOS PRESTADOS
- f) Comprovar regularidade fiscal vigente na ocasião do pagamento da Nota fiscal

9. GARANTIA, MANUTENÇÃO E ASSISTÊNCIA DO OBJETO CONTRATADO

9.1 Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133/2021, pela razão de não ser uma aquisição com contrato.

10. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

10.1 Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133/2021, pela razão de não ser uma aquisição com contrato.

11. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

Do Recebimento

11.1.1- Para a realização do pagamento se faz necessário o fornecimento da documentação comprobatória da realização do procedimento pela empresa contratada, os quais serão anexados ao processo sob sigilo

11.1.2- O pagamento será efetuado em favor da Contratada, até o 10º (décimo) dia útil do recebimento dos materiais, por meio de ordem bancária, em conta corrente previamente indicada pela Contratada.

11.1.3- Se houver alguma incorreção na Nota Fiscal ou pendência de documentos, a mesma será devolvida à contratada para correção, ficando estabelecido que o prazo para seu pagamento seja contado a partir da data de apresentação da nova Nota Fiscal/Fatura, sem qualquer ônus ou correção para a SRSC

12- Nota Fiscal

12.1.1- Para fins de exame da Nota Fiscal, o fiscal deverá verificar se a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

12.1.2- o prazo de validade;

12.1.3- a data da emissão;

12.1.4- os dados do contrato e do órgão contratante;

12.1.5- o período respectivo de execução do contrato;

12.1.6- o valor a pagar; e

12.1.7- eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

12.1.8- Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao contratante;

12.1.9- A nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente deverá ser obrigatoriamente acompanhado da comprovação da regularidade fiscal.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS

12.1.10- O Contratado deverá apresentar nota fiscal/fatura que registre o valor dos bens/serviços, o valor líquido da nota e o valor dos impostos sujeitos a retenção na fonte, inclusive o ISSQN (quando for o caso) e o destaque do Imposto de Renda na Fonte (conforme disposto na IN/RFB 1.234/2012, ou a que vier a substituí-la, e no Decreto Estadual 5.460-R/2023), os quais serão retidos e recolhidos diretamente pela Administração contratante.

13.1.11 EXECUÇÃO CONTRATUAL PARA FINS DE PAGAMENTO CONSIDERARÁ A EXECUÇÃO DO OBJETO CONTRATADO CONFORME QUADRO ABAIXO:

ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE MIN	QUANTIDADE MAX
MANDADO JUDICIAL; SERVICO; TITULO: PROCEDIMENTO CIRURGICO; SUBTITULO: CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA EM AMBAS AS MAMAS + PROTESE MAMARIA, INCLUINDO CONSULTAS PRE E POS OPERATORIAS, EXAMES, BIOPSIA DO MATERIAL	SERVIÇO	01	01

*Além do disposto acima, a fiscalização de contrato solicitará as notas fiscais que comprovem o fornecimento do serviço, será entregue ao Fiscal do contrato, designado pela Superintendência Regional de Saúde de Colatina, situada na Rua Aroldo Antolini, S/N, 1º andar, sala 103, Prédio do INSS - Bairro Vila Nova, Colatina/ES, CEP: 29702-080 – tel. (27) 3717-2558, ou ainda enviada para o e-mail srsc.mj@gmail.com, juntamente com os seguintes documentos:

Certidões negativas dentro da respectiva validade (Certidão Negativa de débitos relativos aos tributos)

- ✓ Federais e a dívida ativa da União;
- ✓ Certidão Negativa de débitos para com a Fazenda Pública Estadual;
- ✓ Certidão Negativa de débitos para com a Fazenda Pública Municipal;
- ✓ Certidão Negativa de débitos Trabalhistas;

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

✓ Certificado de Regularidade do FGTS – CRF

14- CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO NO CURSO DA EXECUÇÃO CONTRATUAL

14.1- Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133/2021, pela razão de não ser uma aquisição com contrato.

15- DO PRAZO DE PAGAMENTO

15.1- O pagamento será efetuado no prazo máximo de até dez dias úteis, contados do recebimento da nota fiscal, nos termos do art. 31 do Decreto Estadual nº 5545-R/2023.

15.1.2- Ao enviar a solicitação de pagamento, o gestor do contrato deve especificar a data de vencimento da obrigação.

15.1.3- Decorrido o prazo indicado no item anterior, incidirá multa financeira nos seguintes termos:

Onde:

VM = Valor da Multa Financeira.

VF = Valor da Nota Fiscal referente ao mês

em atraso. ND = Número de dias em atraso.

15.1.4- Incumbirão à Contratada a iniciativa e o encargo do cálculo minucioso da fatura devida, a ser revisto e aprovado pela Contratante, juntando-se o cálculo da fatura.

15.1.5- A liquidação das despesas obedecerá rigorosamente ao estabelecido na Lei 4.320/1964, assim como na Lei Estadual 2.583/1971.

15.1.6- Se houver alguma incorreção na Nota Fiscal/Fatura, a mesma será devolvida à Contratada para correção, ficando estabelecido que o prazo para pagamento será contado a partir da data de apresentação na nova Nota Fiscal/Fatura, sem qualquer ônus ou correção a ser paga pela Contratante.

16-DA FORMA DE PAGAMENTO

16.1- O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

16.1.2- Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

bancária para pagamento.

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

16.1.4- Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

16.1.5- O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial

17.FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR E FORMA DE FORNECIMENTO

17.1. Forma de Seleção e Critério de Julgamento da Proposta

17.1.2 O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de **Contratação Direta, na modalidade de DISPENSA DE LICITAÇÃO**, com adoção do critério de julgamento pelo **MENOR PREÇO**.

17.1.3 A justificativa para adoção do referido critério, nos termos do Art. 33, Inciso I, da Lei nº 14.133/2021, assim como o Decreto nº 5352-R, Capítulo V, Art. 60, inciso I.

18. DA FORMA DE FORNECIMENTO

18.1- O fornecimento do serviço **Integral**.

18.1.3- A justificativa para adoção da referida forma de fornecimento faz-se necessária para atender a decisão judicial supramencionada, com prazo exíguo para cumprimento, sob pena de multa diária, é imprescindível para manter o atendimento ao Mandado Judicial encaminhado à SRSC, o transcorrer do prazo estipulado pela decisão judicial.

19- DAS EXIGÊNCIAS DE HABILITAÇÃO

19.1 A empresa deverá apresentar a regularidade fiscal vigente: a) Certidões negativas dentro da respectiva validade: (Certidão Negativa de débitos relativos aos tributos Federais e a dívida ativa da União, Certidão Negativa de débitos para com a Fazenda Pública Estadual, Certidão Negativa de débitos para com a Fazenda Pública Municipal, Certidão Negativa de débitos Trabalhistas e Certificado de Regularidade do FGTS – CRF).

19.2 Comprovação de que a licitante presta, ou prestou, sem restrição, serviço de natureza

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

semelhante ao indicado neste Termo. A comprovação será feita por meio de apresentação de no mínimo 01 (um) atestado, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado da empresa ou órgão tomador do serviço, compatível com o objeto desta contratação.

19.3 Apresentar Alvará de Licença Sanitária da empresa licitante, expedida pela Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal com validade prevista em lei; Base Legal: Lei Federal nº. 6.066/99, Artigos 39 e 40.

19.4 Comprovação de registros dos profissionais de saúde que executarão os serviços contratados, junto aos conselhos de fiscalização dos profissionais competentes.

19.5 Registro e Classificação do Serviço no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

19.6 Declaração de que dispõe de: material, pessoal e equipamentos suficientes para execução do serviço no prazo desejado, assegurando a SRSC o direito de proceder às vistorias nas instalações, materiais e equipamentos disponíveis, se assim o desejar.

20. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

20.1 Processo encaminhado para posterior orçamento devido a complexidade do caso.

21. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

21.1- As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento.

21.1.2 - A contratação será atendida pela seguinte dotação:

- a) Gestão/Unidade: 400928/44901
- b) Fonte de Recursos: 500
- c) Programa de Trabalho: 20.44.901.10.302.0061.2335
- d) Elemento de Despesa: 91
- e) Plano Interno: 02

Colatina, 29 de novembro de 2024



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA
SETOR DE MANDADOS JUDICIAIS**

Kadija Altoé Montozo
Coordenadora do Setor

Rubiana Tozi
Assistente Social/SRSC
Fiscal de Contrato

Natacha Creto Serafini Braga
Assistente Social/SRSC
Fiscal de Contrato - Suplente

kamila de Sales Roldi Correa
Superintendente Regional de
Saúde

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

RUBIANA TOZI
ASSISTENTE SOCIAL - DT
SRSC - SESA - GOVES
assinado em 29/11/2024 13:15:26 -03:00

KADIJA ALTOÉ MONTOZO
ENFERMEIRO - DT
SRSC - SESA - GOVES
assinado em 29/11/2024 13:18:45 -03:00

KAMILA DE SALES ROLDI CORRÊA
SUPERINTENDENTE REGIONAL DE SAUDE QCE-01
SRSC - SESA - GOVES
assinado em 29/11/2024 13:29:51 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 29/11/2024 13:29:52 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por RUBIANA TOZI (ASSISTENTE SOCIAL - DT - SRSC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-GFHF4M>