



Prefeitura Municipal de Biguaçu
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO II

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº ____/2026

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº ____/2026

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO E ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES

Ao

MUNICÍPIO

DE

BIGUAÇU/SC

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, com sede à _____, Município de _____, Estado de _____, neste ato representada por _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, vem, por meio deste, requerer seu **CREDENCIAMENTO** para prestação de serviços de internação e tratamento em saúde mental destinados a usuários adultos do Sistema Único de Saúde – SUS, dos sexos masculino e feminino, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu, em decorrência de determinação judicial ou de demanda administrativa devidamente justificada, nos termos do Edital e seus anexos.

Para fins de participação no credenciamento, a requerente declara que:

- a)** conhece e aceita integralmente as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento, no Termo de Referência e nos demais anexos;
- b)** atende às condições de participação e de habilitação exigidas para o credenciamento e não se encontra em situação de impedimento ou vedação à contratação com a Administração Pública;
- c)** compromete-se a manter, durante o período em que permanecer credenciada e durante a execução dos contratos decorrentes, as condições de habilitação e qualificação exigidas;
- d)** possui condições técnicas, estruturais, sanitárias, assistenciais e profissionais compatíveis com a execução

Rua São José, nº 61 – Centro Biguaçu – CEP: 88160-156.
Secretaria Municipal de
Saúde de Biguaçu - 2º andar. Telefone: (48) 30398-8500.



Prefeitura Municipal de Biguaçu
Secretaria Municipal de Saúde

dos serviços objeto do credenciamento;

e) está ciente de que o credenciamento possui caráter paralelo e não excludente, não gerando direito à contratação, exclusividade ou garantia de quantitativo mínimo de pacientes ou faturamento;

f) responsabiliza-se pela veracidade das informações prestadas e pela autenticidade dos documentos apresentados.

O valor estabelecido para a prestação dos serviços será de R\$5.810,88 (cinco mil, oitocentos e dez reais e oitenta e oito centavos) por paciente/mês, adotado como valor unitário de referência para o credenciamento.

A distribuição das demandas entre os estabelecimentos credenciados observará critérios objetivos, impessoais, isonômicos e previamente definidos, conforme estabelecido no Termo de Referência e no Edital de Credenciamento, assegurando tratamento igualitário entre os credenciados e adequada distribuição dos encaminhamentos.

DADOS PARA CONTATO

Telefone: _____

E-mail: _____

Responsável pelo contato: _____

Por ser expressão da verdade, firma o presente requerimento.

_____, ____ de _____ de 2026.

Representante

Legal

Nome:

CPF:

Cargo/Função: