



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**  
Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 03/2021**

O **MUNICÍPIO DE FORMOSA DO SUL**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ nº 11.460.159/0001-05, com sede à Av. Getúlio Vargas, nº 480, Centro, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. JORGE ANTONIO COMUNELLO, torna público para conhecimento dos interessados, que fará realizar **CREDENCIAMENTO** para contratação, sem exclusividade, de serviços especializados na área da saúde para atender à demanda dos munícipes, conforme objeto descrito no Item 1.1 do presente edital. Para tanto, estará **recebendo propostas a partir das 09h00min do dia 13 de dezembro de 2021**, na Prefeitura Municipal de Formosa do Sul, no Departamento de Compras e Licitações, sito a Av. Getúlio Vargas, nº 580, Formosa do Sul – SC, os documentos pertinentes ao credenciamento de acordo com o presente Edital. **A análise da documentação para o referido credenciamento ocorrerá a partir das 09h00min do dia 13 de dezembro de 2021**, no mesmo local e endereço anteriormente citado.

**01 - DO OBJETO**

1.1 O presente edital de credenciamento tem por objeto a **CREDENCIAMENTO para CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NA ESPECIALIDADE DE UROLOGIA DESTINADOS AO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORMOSA DO SUL/SC.**

1.2 O Credenciado que aderir ao presente edital para execução dos serviços descritos no Termo de Referência, Anexo I, deverá dispor e indicar Unidade Hospitalar para realização das cirurgias conforme encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde.

1.3 Considerando-se que os pacientes encaminhados pelo Fundo Municipal de Saúde são, em sua maioria, transportados pelo Fundo Municipal de Saúde até os locais onde serão realizados os procedimentos, somente será admitido o credenciamento de clínicas e hospitais com distância não superior a 150 km da sede do Município de Formosa do Sul-SC.

1.4 Os valores a serem pagos pelos serviços prestados foram fixados através do preço praticado em outros municípios da região que possuem contratado os serviços especificados no Termo de Referência, Anexo I.

1.5 Durante a vigência do contrato poderá, mediante a conveniência da Administração Municipal, ser aditado o objeto do mesmo, sempre respeitando os limites e condições legais.



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

## **02 - DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

2.1 Poderão se credenciar todas as clínicas médicas e hospitais que atenderem às exigências, inclusive quanto à documentação, constantes neste Edital e seus anexos, desde que:

- a) Não tenham sofrido qualquer penalidade no exercício da atividade;
- b) Não tenham sofrido penalidade de suspensão ou impedimento de contratar com o Município de Formosa do Sul - SC ou incorrido em inadimplência para com o mesmo de um modo geral;
- c) Apresentem condições adequadas para a garantia da normal e eficiente prestação dos serviços;
- d) Atendam a todos os pressupostos da Legislação Municipal pertinente.

## **03 - DA FINALIDADE E METAS**

3.1 O presente credenciamento pretende prover atendimento adequado, eficiente e eficaz, bem como oferecer ações de assistência integral à saúde da população, buscando proporcionar tratamento adequado aos pacientes do município de Formosa do Sul - SC, que necessitam de consultas, exames e cirurgias.

## **04 - DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

4.1 Os Documentos exigidos deverão ser entregues e protocolados no Departamento de Compras e Licitações do Município, sito na Av. Getúlio Vargas, nº 580, centro, na cidade de Formosa do Sul - SC, a partir das 09h00min do dia 13 de dezembro de 2021, em 01 (um) envelope lacrado e indevassável, denominado **DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO** com a seguinte inscrição:

**Razão Social ou Nome do participante**  
**Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul - SC**  
**Edital de CREDENCIAMENTO Nº 03/2021**  
**Denominação do envelope: Documentação para credenciamento**

4.2 O processo de credenciamento ficará aberto às clínicas interessadas, até 31 de janeiro de 2022.

## **05 - DA DOCUMENTAÇÃO**

5.1 Para fins de credenciamento, os interessados deverão apresentar a documentação abaixo relacionada em um envelope lacrado e indevassável, em via original ou por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da administração ou publicação em órgão da imprensa oficial, salvo os documentos gerados automaticamente por sistemas disponíveis na *Internet*, desde que a veracidade dos mesmos possa ser conferida também por este meio:



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**5.1.1 Para comprovação da habilitação jurídica (Art. 28 da Lei nº 8.666/93):**

a) Ato Constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, e no caso de sociedades por ações, acompanhado de documento de eleição de seus atuais administradores;

b) Registro comercial no caso de empresa individual;

c) Declaração do proponente de que não pesa contra si, declaração de inidoneidade, de acordo com o modelo constante no **Anexo II** (em razão do disposto no art. 97 da Lei Federal 8.666/93);

d) Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, conforme **Anexo III**.

**5.1.2 Para comprovação da regularidade fiscal e trabalhista (Art. 29 da Lei nº 8.666/93):**

a) Prova de inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes (CNPJ);

b) Certidão Conjunta Negativa (ou Positiva, com Efeito, de Negativa) de Débitos Relativos a Tributos Federais, Contribuições Previdenciárias (INSS) e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;

c) Certidão Negativa (ou Positiva, com Efeito, de Negativa) de Débitos Estaduais, relativa ao Estado da sede da licitante, expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual;

d) Certidão Negativa (ou Positiva, com Efeito, de Negativa) de Débitos Municipais, relativa ao Município da sede da licitante, expedida pela Fazenda Municipal;

e) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRF do FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais, instituídos por Lei;

f) Prova de inexistência de Débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da Certidão Negativa;

g) Cópia do Alvará Sanitário ou Protocolo de Solicitação.

**5.1.3 Para comprovação da Qualificação Técnica (Art. 30 da Lei nº 8.666/93):**

a) Comprovação de registro da proponente no Conselho Regional de Medicina (CRM);

b) Declaração indicando o diretor técnico da Clínica/Estabelecimento/Instituição, contendo: Nome, CPF e RG, bem como, registro no Conselho de Classe do(s) profissional(is) de saúde que executará(ao) o serviço contratado, além da indicação do local do estabelecimento hospitalar onde serão realizados os procedimentos.



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**5.1.4. Para a comprovação da Qualificação Econômico-Financeira (Art. 31 da Lei nº 8.666/93):**

a) Certidão Negativa de Falência ou Concordata, expedida pelo cartório distribuidor do município ou região da sede da empresa. **Obs.:** Para as empresas sediadas no Estado de Santa Catarina deve-se observar os sistemas do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina - E-saj e E-proc, sendo que a apresentação de apenas uma das Certidões Negativa de Falência ou Concordata (E-saj ou E-Proc) será considerada inválida.

**06 - DA INSCRIÇÃO E DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

6.1 Os interessados em se credenciar para prestar os serviços especificados no presente edital deverão preencher o Termo de Adesão, conforme **Anexo IV**, o qual deverá ser entregue, acompanhado dos documentos de habilitação citados no item 5.1 e seus subitens, junto ao Departamento de Compras e licitações da Prefeitura Municipal de Formosa do Sul, sito a Av. Getúlio Vargas, nº 580, centro, Formosa do Sul - SC.

6.2 A Comissão de Licitações fará a análise do pedido de credenciamento e da documentação no dia e horário previstos no preâmbulo, sendo habilitados os que cumprirem todos os requisitos deste edital, e inabilitados os que deixarem de cumprir um ou mais itens.

6.2.1 Considerando-se que o credenciamento ficará aberto até 31/01/2022, os demais interessados que quiserem se credenciar poderão apresentar a documentação até aquela data, sendo que a comissão de licitações terá para tanto o prazo de 02 (dois) dias úteis para proceder à sua apreciação, a contar da data do protocolo.

6.3 O Município de Formosa do Sul/Fundo Municipal de Saúde publicará a habilitação dos interessados e a homologação dos credenciados no Diário Oficial do Município.

6.4 A contratação será feita mediante processo de inexigibilidade de contratação, de acordo com o art. 25, *caput*, da Lei nº 8.666/93, em decorrência do processo de credenciamento, aberto a todos os interessados.

6.5 Após o julgamento da habilitação do interessado, o mesmo disporá do prazo de 10 (dez) dias para comparecer na sede da Prefeitura Municipal de Formosa do Sul e assinar o Termo de Credenciamento, nos termos da minuta constante no **Anexo V**.

**07 - DA FORMALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO**

7.1 A contratação dos estabelecimentos credenciados se dará da seguinte forma:

a) Os interessados deverão encaminhar a documentação solicitada no presente Edital ao Departamento de Compras e Licitações da Prefeitura Municipal de Formosa do Sul - SC, que fará a análise;



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

b) Aprovado o credenciamento e formalizada a justificativa de inexigibilidade de licitação, o Credenciado será convocado a assinar o Termo de Credenciamento;

c) Mediante a demanda para realização das cirurgias será ofertado ao paciente ou representante legal a opção de escolha entre os credenciados e efetuado o devido agendamento.

## **08 - DO PREÇO, DA LIQUIDAÇÃO E DO PAGAMENTO**

8.1 Os serviços serão remunerados por cirurgia realizada, de acordo com os valores especificados no **Anexo I** deste edital.

8.2 Os valores não serão reajustados durante a vigência do termo de credenciamento, podendo ocorrer apenas à revisão de preços a qualquer tempo a fim de restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sempre que sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando área econômica extraordinária e extracontratual.

8.3 Ficam ao encargo do credenciado todas as despesas relativas à realização das cirurgias.

8.4 O pagamento será realizado mensalmente, no dia 10 (dez) do mês subsequente, mediante apuração e comprovação dos serviços prestados pelo credenciado no mês anterior, até o último dia útil do mês, acompanhada do respectivo documento fiscal.

8.5 Far-se-á a retenção de tributos na fonte quando a lei assim o determinar.

## **09 - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS E DA FORMA DE PAGAMENTO**

### **9.1 Dos Recursos Orçamentários:**

9.1.1 Os recursos orçamentários para o cumprimento do objeto licitado serão por conta do orçamento vigente.

### **9.2 Dos Recursos Financeiros:**

9.2.1 Os recursos financeiros para pagamento do objeto licitado serão os de origem própria local, conforme exigências deste ato.

## **10 - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

### **10.1 Ao credenciado competirá:**

a) Executar os serviços nas condições estipuladas neste Edital, observando-se os parâmetros de boa técnica e as normas legais aplicáveis, bem



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

como atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

b) Prestar os serviços apenas mediante agendamento do Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul;

c) Dar atendimento adequado e prestar as informações devidas ao Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul sobre os serviços prestados de maneira correta e nos prazos estabelecidos neste Edital;

d) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico;

e) Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;

f) Assegurar ao responsável legal pelo paciente o acesso a seu prontuário médico;

g) Apresentar documento fiscal dos serviços prestados no mês anterior no prazo estipulado neste Edital;

h) Manter todas as condições de habilitação exigidas para o credenciamento, durante todo o período em que se mantiver credenciado;

i) Responsabilizar-se integralmente pelo fiel cumprimento dos serviços contratados.

### **10.2 Ao Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul competirá:**

a) Efetuar o pagamento ao credenciado em razão dos serviços prestados, de acordo com os valores fixados, no prazo previsto neste edital;

b) Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados;

c) Fiscalizar o cumprimento das disposições deste edital e da prestação dos serviços, bem como esclarecer eventuais dúvidas;

d) Efetuar o encaminhamento dos pacientes para realização das cirurgias;

e) Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

## **11 - DO DESCRENCIAMENTO**

11.1 Constituem motivo para o descredenciamento:

a) Deixar de promover a atualização dos documentos de habilitação ou incorrer em situação de irregularidade fiscal;

b) Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica ou fiscal do credenciado;

c) Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional do trabalho;

d) Nas hipóteses previstas no art. 78 da Lei n.º 8.666/93.



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

11.2 O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que requerido com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

11.3 Da decisão de descredenciamento, que deverá ser devidamente motivada pelo Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul, caberá defesa no prazo de 10 (dez) dias úteis, como garantia do credenciado ao direito do contraditório, sendo avaliadas suas razões no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

11.4 O descredenciamento não exige a aplicação das sanções previstas no artigo 87 da Lei Federal nº 8.666/93.

## **12 - DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**

12.1 As impugnações ao edital deverão ser efetuadas por escrito, endereçadas ao Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul, e protocoladas no endereço constante no preâmbulo deste edital, no prazo legal.

12.2 Caberá ao Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul analisar e decidir sobre a petição de impugnação no prazo também previsto em lei.

## **13 - DOS RECURSOS**

13.1 O interessado não habilitado poderá interpor recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da data de divulgação do resultado do processo de habilitação, devendo apresentar suas razões por escrito, endereçadas ao Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul, e protocoladas no endereço constante no preâmbulo deste edital.

13.2 Caberá ao Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul analisar e decidir sobre o recurso no prazo de 10 (dez) dias úteis.

## **14 - DISPOSIÇÕES FINAIS**

14.1 – Fazem parte do presente Edital:

- a) Termo de Referência - **ANEXO I**;
- b) Declaração de idoneidade - **ANEXO II**;
- c) Declaração de não emprego de menores - **ANEXO III**;
- d) Ficha de inscrição para Credenciamento - **ANEXO IV**;
- e) Minuta do Termo de Credenciamento - **ANEXO V**.

14.2 Este edital permanecerá em vigor até 31/01/2022 ou disposição em sentido contrário a ser determinada pela autoridade competente.

14.2.1 A revogação deste edital dependerá de prévia publicação, utilizando-se os mesmos meios empregados ao tempo de sua edição.



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

14.2.2 Enquanto estiver vigente o edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencham as condições ora exigidas.

14.3 O Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul reserva-se no direito de, justificando, anular ou revogar este Edital de Credenciamento, sem que caiba reclamação ou indenização de qualquer espécie, ressalvado o pagamento pelos serviços prestados.

14.4 O credenciado certificará a ciência e concordância com o presente edital por meio da assinatura do Termo de Credenciamento, de acordo com a minuta constante no **Anexo V**.

14.5 Para as questões que se suscitarem entre os eventuais interessados e a Administração Municipal de Formosa do Sul – SC na interpretação das cláusulas do presente edital e que não forem resolvidas amigavelmente na esfera administrativa, fica eleito o foro da Comarca de Quilombo – SC para a solução judicial, desistindo os interessados de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

14.6 Os casos omissos no presente Edital serão analisados de acordo com a previsão da Lei nº 8.666/93.

Formosa do Sul-SC, 09 de dezembro de 2021

**JORGE ANTONIO COMUNELLO**

Prefeito Municipal





Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**ANEXO I**  
**AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORMOSA DO SUL**  
**CRENCIAMENTO N. 03/2021**  
**TERMO DE REFERENCIA**

<b>ITEM</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>QUANTIDADE ESTIMADA</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>
01	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	60	120,00
02	BIÓPSIA DE PROSTÁTICA	25	600,00
03	CAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMA	10	100,00
04	UROFLUXOMETRIA	10	100,00
05	URODINÂNICA	20	500,00
06	USG APARELHO URINÁRIO (RINS E BEXIGA)	25	100,00
07	USG BOLSA ESCROTAL	15	100,00
08	USG PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	15	100,00
09	USG PRÓSTATA VIA TRANS RETAL	15	100,00
10	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE PEQUENO PORTE: POSTECTOMIA, MEATOPLASTIA, CAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMA, VASECTOMIA, ORQUIECTOMIA, ORQUIECTOMIA SUB CAPSULAR, EPIDIDECTOMIA, EXÉRESE DE CISTOS DE CORDÃO, EXÉRESE DE CISTO DE EPIDÍDIMO, CORREÇÃO DE HIDROCELE, CISTOSTOMIA SUPRA-PÚBICA, RORREÇÃO DE PEYRONIE, CORREÇÃO DE VARICOCELE, CISTOLITOTOMIA, ORQUIDEDOPEXIA, VARICOCELE, SLING VAGINAL, CORREÇÃO DE CISTOCELE.	60	600,00
11	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO GRANDE PORTE: URETRECTOMIA SEGMENTAR, URETROSTOMIA PERINEAL, URETROPLASTIA, PROSTATECTOMIA SUPRA-PÚBICA (HPB), PROSTATECTOMIA, NEFRECTOMIA, PIELOLITOTOMIA, URETEROLITOTOMIA, PIELOPLASTIA, CORREÇÃO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL.	60	850,00
12	RTU DE PRÓSTATA	18	1.000,00
13	RTU DE BEXIGA	18	1.000,00
14	URETEROLITOTRIPSIA TRANS-URETEROSCÓPICA	15	1.500,00
15	URETEROLITOTRIPSIA FLEXÍVEL Á LASER	15	2.500,00
16	URETROTOMIA INTERNA	15	500,00
17	CISTOSCOPIA	15	500,00
18	CISTOSCOPIA COM BIÓPSIA	15	600,00
19	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	15	500,00
20	PASSAGEM DE DUPLO J	15	500,00
21	RETIRADA DE DUPLO J	15	400,00



**Estado de Santa Catarina**  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

- O Credenciado que aderir ao presente edital para execução dos serviços descritos no Termo de Referência constante no Anexo I deverá dispor e indicar Unidade Hospitalar para realização das cirurgias, conforme encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde.
- A quantidade de cirurgias informadas no quadro acima é mera estimativa, podendo variar de acordo com a demanda.



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**  
Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**ANEXO II**

**AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORMOSA DO SUL**

**CRENCIAMENTO N. 03/2021**

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

À Comissão de Licitação do **Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul**

Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de proponente do procedimento de credenciamento instaurado por esse órgão público, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por expressão da verdade, firmamos o presente.

....., ..... de ..... de 2021.

---

Assinatura do Representante Legal da Empresa



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**  
Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**ANEXO III**

**AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORMOSA DO SUL**

**CRENCIAMENTO N. 03/2021**

**DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES**

Eu, .....,  
inscrito no CPF ....., na qualidade de  
..... (sócio, gerente, representante legal,  
procurador), declaro, sob as penas da lei, para fins de Cadastro no Registro  
Único de Fornecedores do Município de FORMOSA DO SUL, que a empresa  
.....,  
inscrita no CNPJ ....., cumpre com o disposto no inciso  
XXXIII, do Artigo 7º da Constituição Federal de 05/10/1988, bem como  
comunicarei qualquer fato ou evento superveniente ao Setor de Cadastro da  
Área de Compras e Serviços , da Secretaria Municipal da Fazenda, que venha  
alterar a atual situação.

Ressalva:

( ) emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

..... de..... de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal da Empresa



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**  
Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**ANEXO IV**

**AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORMOSA DO SUL**

**CREENCIAMENTO N. 03/2021**

**TERMO DE ADESÃO AO CREENCIAMENTO**

**Ao Município de Formosa do Sul - SC**

**Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul**

**Edital de Chamamento para Credenciamento 03/2021**

A empresa ....., inscrita no CNPJ sob nº ....., com sede na Rua ....., da cidade de ....., Estado de ....., por seu representante legal, Sr(a) ....., portador do CPF nº, ....., vem requerer o seu CREENCIAMENTO conforme as disposições editalícias.

Declaro, sob as penalidades da lei, preencher, nesta data, todas as condições exigidas no Edital de Credenciamento nº 03/2021 e, especialmente, nunca ter sofrido qualquer penalidade no exercício da atividade.

Apresento documentos, declarando expressamente a concordância com todas as condições apresentadas no Edital e ciência de que o pedido de Credenciamento poderá ser deferido ou indeferido, segundo a avaliação da Comissão de Credenciamento.

As intimações e comunicações decorrentes deste requerimento poderão ser feitas no endereço supra-indicado, seja pessoalmente, por carta ou outro meio idôneo.

Termos em que,  
Pede deferimento.

---

Representante Legal



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**ANEXO V**

**MINUTA DE CONTRATO DE TERMO DE CREDENCIAMENTO**

O **MUNICÍPIO DE FORMOSA DO SUL**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ nº 11.460.159/0001-05, com sede à Av. Getúlio Vargas, nº480, Centro, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. JORGE ANTONIO COMUNELLO, doravante denominado simplesmente de **CREDECIANTE**, e por outro lado a empresa \_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob n.º \_\_\_\_\_, estabelecida na \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. \_\_\_\_\_, doravante denominada **CREDECIDA**, na forma da Lei nº 8.666, de 23 de junho de 1993, e demais normas aplicáveis à espécie e do Edital de Credenciamento nº 03/2021, têm entre si justa acordada a prestação dos serviços mediante as cláusulas e condições a seguir exaradas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1 O presente contrato tem por objeto a CREDENCIAMENTO para CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NA ESPECIALIDADE DE UROLOGIA DESTINADOS AO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORMOSA DO SUL/SC.

1.2 O Credenciado deverá dispor e indicar Unidade Hospitalar para realização das cirurgias conforme encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde.

1.3 Os valores a serem pagos pelos serviços prestados foram fixados através do preço praticado em outros municípios da região que possuem contratado os serviços especificados no Termo de Referência, Anexo I do edital que a este dá causa.

1.4 Durante a vigência do contrato poderá, mediante a conveniência da Administração Municipal, ser aditado o objeto do mesmo, sempre respeitando os limites e condições legais.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DOS SERVIÇOS**

2.1 Os serviços deverão ser realizados na Unidade Hospitalar..... (nome e endereço da unidade) indicada pelo credenciado, na qual deverão ser realizados os procedimentos cirúrgicos bem como a internação dos pacientes.



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**CLÁUSULA TERCEIRA - DOS VALORES, FATURAMENTO E PAGAMENTO.**

3.1 Os preços praticados, bem como as quantidades e especificações são aqueles constantes na tabela abaixo:

ITEM	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO
01	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	60	120,00
02	BIÓPSIA DE PROSTÁTICA	25	600,00
03	CAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMA	10	100,00
04	UROFLUXOMETRIA	10	100,00
05	URODINÂMICA	20	500,00
06	USG APARELHO URINÁRIO (RINS E BEXIGA)	25	100,00
07	USG BOLSA ESCROTAL	15	100,00
08	USG PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	15	100,00
09	USG PRÓSTATA VIA TRANS RETAL	15	100,00
10	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE PEQUENO PORTE: POSTECTOMIA, MEATOPLASTIA, CAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMA, VASECTOMIA, ORQUIECTOMIA, ORQUIECTOMIA SUB CAPSULAR, EPIDIDECTOMIA, EXÉRESE DE CISTOS DE CORDÃO, EXÉRESE DE CISTO DE EPIDÍDIMO, CORREÇÃO DE HIDROCELE, CISTOSTOMIA SUPRA-PÚBICA, RORREÇÃO DE PEYRONIE, CORREÇÃO DE VARICOCELE, CISTOLITOTOMIA, ORQUIDEDOPEXIA, VARICOCELE, SLING VAGINAL, CORREÇÃO DE CISTOCELE.	60	600,00
11	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO GRANDE PORTE: URETRECTOMIA SEGMENTAR, URETROSTOMIA PERINEAL, URETROPLASTIA, PROSTATECTOMIA SUPRA-PÚBICA (HPB), PROSTATECTOMIA, NEFRECTOMIA, PIELOLITOTOMIA, URETEROLITOTOMIA, PIELOPLASTIA, CORREÇÃO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL.	60	850,00
12	RTU DE PRÓSTATA	18	1.000,00
13	RTU DE BEXIGA	18	1.000,00
14	URETEROLITOTRIPSIA TRANS-URETEROSCÓPICA	15	1.500,00
15	URETEROLITOTRIPSIA FLEXÍVEL Á LASER	15	2.500,00
16	URETROTOMIA INTERNA	15	500,00
17	CISTOSCOPIA	15	500,00
18	CISTOSCOPIA COM BIÓPSIA	15	600,00
19	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	15	500,00
20	PASSAGEM DE DUPLO J	15	500,00
21	RETIRADA DE DUPLO J	15	400,00



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

3.2 Os valores não serão reajustados durante a vigência do presente termo, podendo apenas ocorrer a revisão de preços a qualquer tempo a fim de restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sempre que sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando área econômica extraordinária e extracontratual.

3.3 O pagamento será realizado mensalmente, no dia 10 (dez) do mês subsequente à realização das cirurgias, mediante apuração e comprovação dos serviços prestados pelo credenciado no mês anterior, até o último dia útil do mês, acompanhada do respectivo documento fiscal.

3.4 Far-se-á a retenção de tributos na fonte quando a lei assim a determinar.

#### **CLAUSULA QUARTA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS E DA FORMA DE PAGAMENTO**

##### **4.1 Dos Recursos Orçamentários:**

4.1.1 Os recursos orçamentários para o cumprimento do objeto licitado serão por conta do orçamento vigente.

##### **4.2 Dos Recursos Financeiros:**

4.2.1 Os recursos financeiros para pagamento do objeto licitado serão os de origem própria local, conforme exigências deste ato.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DAS RESPONSABILIDADES DAS PARTES**

##### **5.1 Ao credenciado competirá:**

a) Executar os serviços nas condições estipuladas no Edital que a este dá causa, observando-se os parâmetros de boa técnica e as normas legais aplicáveis, bem como atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

b) Prestar os serviços apenas mediante agendamento do Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul;

c) Dar atendimento adequado e prestar as informações devidas ao Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul sobre os serviços prestados de maneira correta e nos prazos estabelecidos neste Termo e Edital de credenciamento que a este dá causa;

d) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico;

e) Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;





Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul - SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

- f) Assegurar ao responsável legal pelo paciente o acesso a seu prontuário médico;
- g) Apresentar documento fiscal dos serviços prestados no mês anterior no prazo estipulado neste Termo e edital que a este dá causa;
- h) Manter todas as condições de habilitação exigidas para o credenciamento, durante todo o período em que se mantiver credenciado;
- i) Responsabilizar-se integralmente pelo fiel cumprimento dos serviços contratados.

**5.2 Ao Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul competirá:**

- a) Efetuar o pagamento ao credenciado em função dos serviços prestados de acordo com os valores fixados, no prazo previsto no presente termo;
- b) Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e ralações de serviços apresentados;
- c) Fiscalizar o cumprimento das disposições deste termo e da prestação dos serviços, bem como esclarecer eventuais dúvidas;
- d) Efetuar o encaminhamento dos pacientes para realização das cirurgias;
- e) Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do presente ajuste.

**CLAUSULA SEXTA - DO DESCRENCIAMENTO**

6.1 Constituem motivo para o descredenciamento:

- a) Deixar de promover a atualização dos documentos de habilitação ou incorrer em situação de irregularidade fiscal;
- b) Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica, fiscal do credenciado;
- c) Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional do trabalho;
- d) Nas hipóteses previstas no art. 78 da Lei n.º 8.666/93.

6.2 O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que requerido com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

6.3 Da decisão de descredenciamento, que deverá ser devidamente motivada pelo Fundo Municipal de Saúde de Formosa do Sul, caberá defesa no prazo de 10 (dez) dias úteis, como garantia do credenciado ao direito do contraditório, sendo avaliadas suas razões no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

6.4 O descredenciamento não exime a aplicação das sanções previstas no artigo 87 da Lei Federal n° 8.666/93.



Estado de Santa Catarina  
**Município de Formosa do Sul**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ: 11.460.159/0001-05**

Rua Antônio Cella, 585 - Centro  
Formosa do Sul – SC, CEP 89.859-000  
Fone/Fax (49) 3343-0030

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOCUMENTAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

7.1 Fazem parte do presente termo, independente de transcrição, todos os elementos que compõe o processo antes nominado.

7.2 O presente Termo de Credenciamento tem como fundamentação legal o *caput* do art. 25, da Lei nº 8.666/93 e decorre do Edital de Credenciamento nº 03/2021.

**CLAUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA**

8.1 O presente Termo de Credenciamento vigorará até 31 de dezembro de 2022, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado nos casos previstos na Lei 8.666/93.

**CLÁUSULA NONA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

9.1 O Município de Formosa do Sul - SC, reserva-se no direito de, justificando, anular ou revogar o Edital de Credenciamento, tornando sem efeito o presente Termo de Credenciamento, sem que caiba reclamação ou indenização de qualquer espécie.

9.2 Os casos omissos no presente Termo de Credenciamento serão analisados de acordo com a Lei nº 8.666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO**

10.1 Para as questões que se suscitarem entre os eventuais interessados e a Administração Municipal de Formosa do Sul – SC na interpretação das cláusulas do presente termo e que não forem resolvidas amigavelmente na esfera administrativa, fica eleito o foro da Comarca de Quilombo – SC para a solução judicial, desistindo os interessados de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza e como prova de assim haverem ajustado, foi lavrado o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, assinadas pelas partes.

Formosa do Sul, SC, ..... de..... de 2021.

**JORGE ANTONIO COMUNELLO**  
Prefeito Municipal

Representante Legal