



Prefeitura de Joinville

EDITAL SEI Nº 0576190/2017 - SES.UAF.ASU

Joinville, 10 de fevereiro de 2017.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO UNIVERSAL DE PRESTADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIGNÓSTICA, AOS USUÁRIOS DO SUS - Nº 014/2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal da Saúde, através da sua Secretária, no uso de suas prerrogativas legais e para conhecimento de todos, torna público que realizará o Processo de Credenciamento Universal de nº 014/2017, nos termos e condições deste Edital e seus anexos, visando credenciar, de forma complementar aos serviços de saúde já prestados pelo SUS, **Prestadores dos Serviços de Saúde especializados na realização de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica**, de acordo com as diretrizes do SUS e em conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93, Lei Federal nº 8.080/90, e demais legislações pertinentes.

1. DO OBJETO:

1.1 O presente edital tem como objeto credenciar pessoas físicas e/ou jurídicas com ou sem fins lucrativos, que tenham dentre os seus objetivos a prestação de serviços médicos especializados, em caráter ambulatorial, na especialidade de **Procedimentos com Finalidade Diagnóstica por Endoscopia, acrescido de Consulta médica em Atenção Especializada**, bem como demais procedimentos pertinentes ao exame, quando da sua necessidade houver, a fim de atender à demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Joinville.

1.2 A descrição dos atendimentos (consultas, exames e procedimentos) a serem credenciados/habilitados na Atenção Especializada com Finalidade Diagnóstica, constam relacionados e detalhados no **ANEXO VII**, parte integrante deste edital e estão condicionados a Vistoria Técnica do Gestor.

1.3 O interessado que requerer o seu credenciamento até o 20º dia de cada mês será incluído na escala de serviços do mês subsequente.

2. DAS CONDIÇÕES:

2.1 Poderão participar do certame pessoas físicas e/ou jurídicas com ou sem fins lucrativos de todo o território de Joinville/SC ou ainda, em unidade móvel instalada no Município, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeiro, regularidade jurídico-fiscal que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de inidoneidade por parte do poder público e que aceitem as exigências das normas do SUS e pelo direito administrativo, e que satisfaçam as condições fixadas neste edital e seus anexos.

2.2 Os serviços devem obedecer aos requisitos do Sistema Único de Saúde – SUS, com vistas a garantir as condições adequadas ao atendimento da população;

2.3 Os interessados deverão aceitar os valores pré-determinados neste edital.

2.4 O presente credenciamento é intransferível.

2.5 Não poderão credenciar-se:

2.5.1 Pessoas físicas: ocupantes de cargo, emprego ou função de direção, chefia, assessoramento ou de confiança na Secretaria da Saúde do Município de Joinville, nos termos do art. 9º da Lei 8.666/93 c/c o § 4º do art. 26 da Lei 8.080/90;

2.5.2 Pessoas jurídicas: que encontrem sob processo de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial, cujos sócios, funcionários ou colaboradores contratados não sejam ocupantes de cargo, emprego ou função de direção, chefia, assessoramento ou função de confiança na Secretaria da Saúde do Município de Joinville, nos termos do art. 9º da Lei 8.666/93 c/c o § 4º do art. 26 da Lei 8.080/90;

2.5.3 Entidades sem fins lucrativos: que tiverem descumprido quaisquer cláusulas previstas em ajustes anteriores celebrados com o Município de Joinville, que tenham utilizado recursos recebidos em desacordo com o Plano de Trabalho ou incorrido em falsidade ou incorreção de informação em qualquer documento apresentado, ou ainda que apresente qualquer irregularidade na prestação de contas de qualquer parcela de recurso concedido pelo Município.

3. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:

3.1 As inscrições para o Credenciamento se darão a partir da data de publicação do presente Edital, sem data prevista para encerramento, através da entrega da solicitação de Credenciamento (anexo V) acompanhado de todos os documentos especificados no **item 4**.

3.2 Todos os interessados deverão apresentar também os termos comprobatórios das condições indicadas nos anexos II, III, IV e V, no caso de pessoas jurídicas inclusive a comprovação das condições indicadas no anexo VI, todos deste edital.

3.3 Ficarà a cargo da Comissão permanente da Secretaria de Saúde, estabelecida pela portaria nº 003/2017/SMS, avaliar a documentação pertinente ao edital. A Equipe Técnica da Área de Auditoria da Secretaria de Saúde irá assessorar a Comissão permanente, bem como demais atividades e exigências de rotina.

4. DA DOCUMENTAÇÃO:

4.1 Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

4.2 Cópia Autenticada do Contrato ou Estatuto Social, devidamente registrado e alterações posteriores, Cópia da Ata de Posse da atual Diretoria da entidade (RG, CPF e Comprovante de Residência do Diretor), se houver;

4.3 Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) do responsável legal pela Instituição;

4.4 Certidão Negativa de FGTS;

4.5 Certidão Negativa de débitos de Tributos Municipais ou declaração de sua isenção;

4.6 Certidão Negativa de débitos de Tributos Estaduais ou declaração de sua isenção;

4.7 Certidão de Regularidade Fiscal (unificada), relativo à RFB/PGFN inclusive contribuições sociais (previdenciárias), expedida pela Secretaria da Receita Federal.

4.8 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. (NR), atendendo ao disposto na Lei Federal nº 12.440 de 7 de julho/2011;

4.9 Cópia do Alvará emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária Municipal, reconhecidamente apta para tal;

4.10 Cópia do Alvará de Localização e Permanência no local, emitida pela Secretaria da Fazenda da Prefeitura Municipal.

4.11 Declaração mencionando os horários de atendimento aos usuários do SUS;

4.12 Certidão Negativa de Falência e Concordata, expedida pelo Cartório Distribuidor da Sede do Proponente;

4.13 Curriculum Vitae resumido do responsável técnico (anexar Diploma, Títulos e Certificados);

4.14 Relação de equipamentos (relacionar e especificar);

4.15 Comprovante de inscrição da unidade e dos profissionais no respectivo “Conselho Regional”;

Notas: A Empresa/Instituição credenciada junto ao Sistema único de Saúde – SUS, deverá obrigatoriamente, manter atualizados os dados e requisitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, conforme consignado em contrato, a ser providenciado se necessário, junto a Coordenação da Área de Controle Avaliação desta Secretaria.

Para fins de habilitação serão aceitas as Certidões Positivas de Débitos com efeitos de Negativa.

5. DA CELEBRAÇÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO.

5.1 A Secretaria da Saúde celebrará o Termo de Credenciamento, nos termos da minuta em anexo - ANEXO I, com os interessados credenciados, após comprovação das exigências constantes deste Edital;

5.2 Além do Termo de Credenciamento, as entidades sem fins lucrativos credenciadas deverão firmar com a Secretaria da Saúde termo de convênio de onde constem todas as condições já fixadas no presente edital;

5.3 A escala será organizada em forma de rodízio, de modo que todos os credenciados trabalhem em proporção igual, observada a sua capacidade instalada.

6. DO PREÇO E RECURSOS FINANCEIROS:

6.1 A remuneração dos serviços do item 1 (Um) se dará unicamente com base nas referências de valores da Tabela de Procedimentos SIGTAP/DATASUS.

6.2 Os pagamentos serão efetuados no mês subsequente à prestação dos serviços executados, conforme Portaria Ministerial n.º 3.147 de 03/07/98, através de depósito em conta corrente da credenciada. A entrega do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Fatura, deverão ser encaminhadas até o 4º (quarto) dia útil do mês, acompanhadas das 1ª (primeiras) Vias de Requisição de Exames, cópia dos Laudos Técnicos e com a devida relação dos usuários conforme seqüência das requisições.

6.3 A realização das despesas dos serviços executados por força deste termo, nos moldes e limites aqui firmados correrão, à conta de dotação orçamentária consignada na **Secretaria da Saúde**.

6.4 Os recursos necessários à cobertura das despesas relativas à execução das atividades consignadas no objeto do presente terão a seguinte classificação orçamentária:

46.001.10.302.6.2.1122.3.3.90.00 - Assistência Complementar - Serviços Ambulatoriais - FMS

7. DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS:

7.1 Os usuários dos serviços referidos no item 1(Um) são usuários do Sistema Único de Saúde que forem encaminhados pelas Unidades Básicas e de Referência à Saúde do Município de Joinville, na forma do seu modelo de atenção de referência e contra-referência, devidamente autorizados pela Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação em Saúde – GACAS, da Secretaria Municipal de Saúde.

8. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

8.1 Os interessados em participar do presente credenciamento deverão entregar toda a documentação relacionados a este Edital de CREDENCIAMENTO ao **Local: Secretaria Municipal da Saúde**, Coordenação de Suprimentos, sito a Rua: Araranguá, nº 397, 2º andar, Bairro América, CEP 89.204-310, Joinville/SC, telefone (047) 3481-5189, no horário das 08h as 17h, bem como quaisquer informações ou esclarecimentos, do qual encaminhará ao setor responsável.

8.2 Convocado para assinatura do termo, e uma vez assinado, o Credenciado não poderá se furtar a prestar os serviços conforme os valores estabelecidos neste edital, ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas no termo de credenciamento anexo, bem como no Capítulo IV da Lei federal 8.666/93.

8.3 Fica reservada à Secretaria da Saúde a faculdade de revogar o credenciamento, de acordo com a oportunidade e conveniência da Administração, sem assistir aos interessados qualquer direito à indenização, assegurado o exercício do direito da ampla defesa e do contraditório.

8.4 Será descredenciado a critério da Secretaria da Saúde, a qualquer tempo, durante o curso do credenciamento, o credenciado que não mantiver as mesmas condições exigidas para a habilitação, ou ainda, que incida nas causas de rescisão contratual previstas na lei Federal nº. 8.666/93, bem como rejeitar qualquer paciente/usuário do SUS, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a conduta adotada, ou ainda, que incida nas causas de rescisão contratual.

8.5 A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, civil ou criminal.

8.6 Impressão deste edital far-se-á de 2º a 6º, das 8h às 14h, na Coordenação de Suprimentos, sito a Rua Araranguá, nº 397, 2º andar, Bairro América, CEP 89.204-310, Joinville/SC, mediante pagamento de custas do edital, ou sem qualquer ônus disponibilizadas por servidor devidamente autorizado, em meio eletrônico oficial através do Sistema Eletrônico de Informações SEI para o endereço de e-mail do solicitante ou consulta virtual no site <http://saude.joinville.sc.gov.br>

8.7 São peças integrantes do presente Edital os Anexos de I a VII, bem como cópia de sua publicação.

Joinville, 10 de fevereiro de 2017.

Francieli Cristini Schultz

Secretária da Saúde

ANEXO I

TERMO DE CREDENCIAMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM A SECRETARIA DA SAÚDE E, VISANDO A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ESPECIALIDADE DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR ENDOSCOPIA, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

**MINUTA TERMO DE CREDENCIAMENTO DO EDITAL Nº 014/2017.
(Processo n.º...../.....)**

Termo de Credenciamento Universal que celebram entre si o **Fundo Municipal de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Joinville**, com sede à rua Araranguá nº 397, Bairro América, na cidade de Joinville – SC, inscrito no CNPJ/MF, sob o nº, neste ato representado pela Secretário(a) Municipal de Saúde **Sr.(a)**, portador(a) do CPF/MF nº, RG n.º, expedida pela, a seguir denominado(a) simplesmente **CONTRATANTE** e a, CREMESC n.º, sediada à rua, n.º, Bairro, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES sob o nº, neste ato representada pôr seu procurador **Sr.(a)**, (CRM n.º, portador(a) do CPF/MF n.º, RG n.º, expedida pela, daqui por diante denominado(a) simplesmente **CONTRATADA**, pelo qual se obriga a prestar serviços de exames de média e/ou alta complexidade correspondente aos **Procedimentos com finalidade diagnóstica por Endoscopia, acrescido de Consulta Médica em Atenção Especializada**, bem como demais procedimentos pertinentes ao exame, quando da sua necessidade houver, a fim de atender à demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Joinville, através deste instrumento e nos termos do Edital de Credenciamento Universal nº **014/2017** de 10 de fevereiro de 2017, e seus anexos, e, no que couber da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como as demais normas e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e da Administração Pública, que mutua e reciprocamente outorgam e aceitam:

OBJETO:

O presente termo tem como objeto a prestação de serviços de saúde, pelo **CONTRATADO**, em atendimento médico ambulatorial na especialidade de **Procedimentos com Finalidade Diagnóstica por Endoscopia, acrescido de Consulta médica em Atenção Especializada**, bem como demais procedimentos pertinentes ao exame, quando da sua necessidade houver, a fim de atender à demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Joinville, conforme o disposto no Edital de **CREDENCIAMENTO 014/2017** e seus anexos, cujos documentos fazem parte integrante deste instrumento, como se transcritos estivessem, bem como nas cláusulas e condições deste termo;

CREDENCIAMENTO:

Fica credenciado a, CREMESC n.º, sob a Responsabilidade Técnica do **Dr.(a)**, portador (a) do CPF/MF n.º, registrado no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina sob n.º, para prestar serviços assistenciais de saúde em exames/procedimentos de média e/ou alta complexidade correspondente aos **Procedimentos com finalidade diagnóstica – Grupo 02 / Diagnóstico por Endoscopia - Subgrupo 09, acrescido de Consulta médica em Atenção Especializada**, bem como demais procedimentos pertinentes ao exame, quando da sua necessidade houver, para atender aos pacientes usuários externos usuários do Sistema Único de Saúde SIA/SUS, encaminhados pela rede básica e de referência da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville.

Parágrafo Único – Este Termo de Credenciamento/Contrato foi firmado com inexigibilidade de licitação, de acordo com o *caput* do Art. 25 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, mediante o cumprimento das cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULAS:

I – Os Serviços serão prestados efetivamente aos usuários externos dos serviços de Saúde Pública Municipal (SUS), que forem devidamente autorizados pela Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

II - O preço pago pelos serviços efetivamente realizados será o constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Os pagamentos serão efetuados pela **CONTRATANTE**, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, do mês subsequente à prestação dos serviços executados, conforme Portaria Ministerial n.º 204 de 29/01/2007, alterada pela Portaria Ministerial n.º 2.617 de 01/11/2013 em seu Art. 3º, através de depósito em conta-corrente da **CONTRATADA**. A entrega do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Fatura, deverão ser encaminhadas até o 4º (quarto) dia útil do mês, acompanhadas das 1ª (primeiras) Vias da Requisição de Exames, cópia dos Laudos Técnicos e com a devida relação dos usuários conforme seqüência das requisições.

Parágrafo Primeiro – Na relação dos usuários enviada pela **CONTRATADA** deverá constar nome e n.º do prontuário do usuário, número da requisição dos exames, unidade de saúde cadastrada que solicitou exame, bairro de procedência, códigos SIGTAP, valores específicos e os credenciados deverão no decurso do ano....., adequarem-se as estas exigências.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** obriga-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento dos serviços pactuados e descritos, objeto deste termo de credenciamento.

III – Os valores relativos a este Termo de Credenciamento/Contrato serão reajustados e concedidos na mesma proporção em que houver sido atualizada a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, em conformidade com o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, após a publicação da Portaria respectiva no Diário Oficial da União.

IV- Os serviços de Controle e Avaliação e de Auditoria da Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação em Saúde da **CONTRATANTE** fiscalizarão a prestação de Serviços acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, no Decreto Federal n.º 1.651 de 28/09/95, na Lei Municipal n.º 3.584 de 03/11/97 e no Decreto Municipal n.º 8.865 de 17/11/98.

Parágrafo Único: A **CONTRATADA** deverá manter atualizados na Secretaria Municipal de Saúde, os dados e requisitos exigidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, inclusive, junto ao Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e/ou outros sistemas de informações pertinentes no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, que venham a ser normatizados e implementados.

V – A **CONTRATADA** deverá atender aos pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação de seus serviços e em concordância com os indicativos da Cláusula IV, acima.

VI - A **CONTRATADA** deverá atender aos usuários que forem regularmente encaminhados pela **CONTRATANTE**, através da Central de Regulação Municipal, obedecendo a Programação Físico Orçamentária estabelecida antecipadamente e acordada, sendo esta:

Parágrafo Único – Programação Físico-Orçamentária :

Código SUS	Exames / Procedimentos	Teto Físico/Mês	Teto Orçamentário/Mês
TOTAL			R\$

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, publicada sob Portaria GM n.º 2.848 de 06/11/2007. DOU de 07/11/2007 – Seção I.

VII- A **CONTRATADA** deverá prestar a totalidade dos exames prescritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, referentes ao grupo de serviços contratados / Grupo descritos neste Termo de Credenciamento/Contrato.

VIII – A **CONTRATADA** deverá afixar Aviso, conforme material padrão disponibilizado pela **CONTRATANTE** aos credenciados, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, constando a gratuidade dos serviços prestados, nessa condição, aos usuários.

Parágrafo Único – A **CONTRATADA** fica obrigada a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente.

IX – A **CONTRATADA** deverá justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, bem como, à Secretaria Municipal de Saúde, formalmente, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização temporária de qualquer ato profissional ou exame previsto neste Credenciamento.

X – A **CONTRATADA** deverá submeter-se a todas as diligências e controles, na sua prestação de serviços que forem solicitados pelo Sistema Municipal de Auditoria, Controle e Avaliação, bem como, garantir o acesso dos Conselhos de Saúde aos serviços contratados no exercício do seu poder de fiscalização.

Parágrafo Primeiro – A **CONTRATADA** deverá observar e cumprir os protocolos de acesso e regulação da rede pública assistencial de

saúde e também submeter-se as normas e rotinas da Central de Regulação, Controle e Avaliação do Gestor Municipal.

Parágrafo Segundo – A **CONTRATADA** deverá submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, bem como, deverá atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH, instituídos pelo Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde.

XI – A **CONTRATADA** deverá comunicar com antecedência de 30 (trinta) dias a eventual impossibilidade temporária de prestar serviços, com plena justificativa enviada à Secretaria Municipal de Saúde.

XII - A **CONTRATADA** deverá notificar a **CONTRATANTE** de eventual alteração de sua razão social ou de controle acionário e de mudança em sua Diretoria, Contrato ou Estatuto, no prazo de sessenta (60) dias, contados a partir da data de registro da alteração.

XIII – Este credenciamento poderá ser revogado a qualquer momento, a juízo da conveniência e oportunidade da **CONTRATANTE**, por motivos plenamente justificáveis, dentro do eminente interesse público ou a pedido da **CONTRATADA**, que deverá encaminhar ofício com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Parágrafo Único – Constituem motivos para descredenciamento o não cumprimento de qualquer das Cláusulas e condições constantes neste termo, bem como os motivos previstos na legislação vigente.

XIV - Em nenhuma hipótese a **CONTRATADA** cobrará do usuário e da **CONTRATANTE** qualquer importância adicional.

XV – O horário de atendimento será de **Segunda à Sexta-feira** das às horas.

XVI - É vedado à **CONTRATADA** delegar ou transferir no todo ou em partes os serviços constantes deste termo.

XVII - A programação físico-orçamentária acordada poderá ser revista por iniciativa do Gestor Municipal, quando de interesse público na regulação da oferta e procura do citado procedimento para se atender os usuários SUS do Sistema Municipal de Saúde, considerando-se que a modalidade de Credenciamento Universal prevê, desde que habilitados, a inclusão de novas Clínicas proponentes na prestação do referido serviço de saúde.

XVIII – O presente Termo de Credenciamento/Contrato terá validade a partir de com vigência até/....., podendo ser renovado, havendo interesse público, por sucessivos períodos de 12 (doze) meses, até o término do ano fiscal em que completar 60 (sessenta) meses.

XIX – As omissões deste Termo de Credenciamento serão resolvidas pelas partes de comum acordo, com fulcro na Lei Federal nº 8.666/93 e pelas normas, princípios e diretrizes que regem a prestação de serviços públicos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pela legislação que trata da relação de consumo e pelos princípios de Direito Público, naquilo que lhe seja aplicável.

O presente ato terá efeitos a partir de sua data de publicação no Diário Oficial Eletrônico do Município de Joinville-SC, e tem duração enquanto vigorar o Convênio SUS/SC e o atual modelo de gestão e gerenciamento do Sistema Municipal de Saúde do Município de Joinville / Gestão Plena do Sistema.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com as testemunhas co-assinadas.

Joinville/SC, de de

.....

Secretária Municipal de Saúde

CONTRATANTE

.....

Empresa

CONTRATADA

Testemunhas:

.....

Nome

CPF/MF n.º

.....
Nome

CPF/MF n.º

ANEXO II

CREENCIAMENTO Nº 014/2017

DECLARAÇÃO PARA FINS DE REMUNERAÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AO SUS

Declara, para fins de participação no **CREENCIAMENTO Nº 014/2017** que:

- a) conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços, e do programa de repasse e liberação de pagamentos disponibilizados;
- b) tem disponibilidade para prestar atendimento consoante às regras do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e seguindo as normas fixadas pela Secretaria da Saúde e Conselho Municipal de Saúde;

Joinville, ___ de _____ de 20__.

.....
Empresa XXXXXXXXXXXX
CREENCIADA

ANEXO III

CREENCIAMENTO Nº 014/2017

COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE

O interessado declara que estará disponível, no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas após a assinatura do termo de credenciamento, para iniciar o atendimento ambulatorial dos serviços objeto do credenciamento.

Data, identificação e assinatura do interessado.

Joinville, _____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura (com identificação do responsável)

ANEXO IV

CREENCIAMENTO Nº 014/2017

DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO

Declara que não incorre em qualquer dos impedimentos a seguir:

- Não foi declarado inidôneo por ato do Poder Público;
- Não está impedido de transacionar com a administração pública ou com qualquer das suas entidades da administração indireta;
- Não teve contrato rescindido, por deficiência dos serviços prestados, ou por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 05 (cinco) anos;
- Não possui débitos com os órgãos da Administração direta ou indireta do Município;
- Não está em curso procedimentos de execução que poderão acarretar futura constrição judicial e responsabilidade patrimonial relevante, assim considerada aquela que ocasionar condenação ao pagamento de importância superior a um décimo do capital social, e também que não foi contratada operação financeira que implique em endividamento nas mesmas proporções.
- Não se encontra sob processo de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial;
- Que os seus sócios, funcionários ou colaboradores contratados não são ocupantes de cargo, emprego ou função de direção, chefia, assessoramento ou função de confiança no Hospital Municipal São José ou na Secretaria da Saúde do Município de Joinville, nos termos do art. 9º da Lei 8.66/93 c/c o § 4º do art. 26 da Lei 8.080/90;

Por ser verdade, firmo o presente, nos termos e sob as penas da lei.

Joinville, _____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura (com identificação do responsável)

ANEXO V

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

À

Secretaria Municipal de Saúde / Fundo Municipal de Saúde de Joinville

NESTA

Prezados Senhores:

Pelo presente, atendendo ao Edital nº 014/2017, de 10/02/2017, vimos oferecer aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS/Joinville, nossos serviços especializados em Exames complementares de Auxílio Diagnóstico, Procedimentos com finalidade diagnóstica:

	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
--	----------------------------

	COLONOSCOPIA
--	--------------

	RETOSSIGMOIDOSCOPIA
--	---------------------

Declaramos, desde já, que o atendimento será realizado conforme a determinação do Setor de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

OBSERVAÇÃO: A documentação necessária para o processo de Credenciamento, consta relacionada no Edital nº 014/2017.

Para fins de pagamento, informamos abaixo nossos dados bancários:

Banco _____

Agência nº: _____

Conta nº: _____

Joinville, _____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura (com identificação do responsável)

ANEXO VI

CRENCIAMENTO Nº 014/2017

Para Pessoa Jurídica e Entidades sem fins lucrativos: DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO FORMAL DE MANUTENÇÃO DO PROFISSIONAL

Declara, para todos os fins, que manterá no quadro permanente, a partir da data de início efetivo da prestação dos serviços, o (s) profissional (is) abaixo relacionados (s) e que, em caso de dispensa, o (s) substituiremos por profissional do mesmo nível e com qualificação compatível, sempre com a anuência prévia da Secretaria, conforme § 10 do Art. 30 da Lei 8.666/93.

Os profissionais que prestarão os serviços com as respectivas inscrições no Conselho de Medicina são os a seguir relacionados:

-...

*Anexar a comprovação de especialidade de cada médico indicado

Joinville, _____ de _____ de _____

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura (com identificação do responsável)

ANEXO VII

CRENCIAMENTO Nº 014/2017

TABELA DE PROCEDIMENTOS:

--	--	--	--	--

CÓDIGO SIGTAP	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	VALOR SIGTAP	QUANTIDADE	TOTAL
03.01.01.004-8	CONSULTA DE ENFERMAGEM	R\$ 6,30	1	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 0,63	1	R\$ 0,63
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 48,16	1	R\$ 48,16
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	1	R\$ 4,33
04.07.01.024-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 31,26	1	R\$ 31,26
04.07.01.025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 29,84	1	R\$ 29,84
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 25,83	1	R\$ 25,83

TOTAL**RS 156,35**

CÓDIGO SIGTAP	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM SEDAÇÃO	VALOR SIGTAP	QUANTIDADE	TOTAL
03.01.01.004-8	CONSULTA DE ENFERMAGEM	R\$ 6,30	1	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 0,63	1	R\$ 0,63
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 48,16	1	R\$ 48,16
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	1	R\$ 4,33
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO	R\$ 15,15	1	R\$ 15,15
04.07.01.024-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 31,26	1	R\$ 31,26
04.07.01.025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 29,84	1	R\$ 29,84
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 25,83	1	R\$ 25,83

TOTAL**RS 171,50**

CÓDIGO SIGTAP	COLONOSCOPIA	VALOR SIGTAP	QUANTIDADE	TOTAL
03.01.01.004-8	CONSULTA DE ENFERMAGEM	R\$ 6,30	1	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 0,63	1	R\$ 0,63

02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 112,66	1	R\$ 112,66
04.07.02.012-8	DILATAÇÃO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	R\$ 13,06	1	R\$ 13,06
04.07.01.025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 29,84	1	R\$ 29,84
04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO RETO, SIGMOIDE E COLON	R\$ 13,63	1	R\$ 13,63
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 25,83	1	R\$ 25,83
TOTAL				RS 211,95

CÓDIGO SIGTAP	COLONOSCOPIA COM SEDAÇÃO	VALOR SIGTAP	QUANTIDADE	TOTAL
03.01.01.004-8	CONSULTA DE ENFERMAGEM	R\$ 6,30	1	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 0,63	1	R\$ 0,63
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 112,66	1	R\$ 112,66
04.07.02.012-8	DILATAÇÃO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	R\$ 13,06	1	R\$ 13,06
04.07.01.025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 29,84	1	R\$ 29,84
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO	R\$ 15,15	1	R\$ 15,15
04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO RETO, SIGMOIDE E COLON	R\$ 13,63	1	R\$ 13,63
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 25,83	1	R\$ 25,83
TOTAL				RS 227,10

CÓDIGO SIGTAP	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	VALOR SIGTAP	QUANTIDADE	TOTAL
03.01.01.004-8	CONSULTA DE ENFERMAGEM	R\$ 6,30	1	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 0,63	1	R\$ 0,63
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 23,13	1	R\$ 23,13
04.07.02.012-8	DILATAÇÃO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	R\$ 13,06	1	R\$ 13,06
04.07.01.025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 29,84	1	R\$ 29,84
04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO RETO, SIGMOIDE E COLON	R\$ 13,63	1	R\$ 13,63

02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 25,83	1	R\$ 25,83
TOTAL				RS 122,42
CÓDIGO SIGTAP	RETOSSIGMOIDOSCOPIA COM SEDAÇÃO	VALOR SIGTAP	QUANTIDADE	TOTAL
03.01.01.004-8	CONSULTA DE ENFERMAGEM	R\$ 6,30	1	R\$ 6,30
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	R\$ 0,63	1	R\$ 0,63
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 23,13	1	R\$ 23,13
04.07.02.012-8	DILATAÇÃO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	R\$ 13,06	1	R\$ 13,06
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO	R\$ 15,15	1	R\$ 15,15
04.07.01.025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 29,84	1	R\$ 29,84
04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO RETO, SIGMOIDE E COLON	R\$ 13,63	1	R\$ 13,63
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 25,83	1	R\$ 25,83
TOTAL				RS 137,57

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, publicada sob Portaria GM nº 2.848 de 06/11/2007. DOU de 07/11/2007 – Seção I.



Documento assinado eletronicamente por **Francieli Cristini Schultz, Secretário (a)**, em 10/02/2017, às 14:38, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



Documento assinado eletronicamente por **Fabricio da Rosa, Gerente**, em 10/02/2017, às 14:58, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://portalsei.joinville.sc.gov.br/> informando o código verificador **0576190** e o código CRC **44D7C84E**.

Rua Araranguá, 397 - Bairro América - CEP 89204-310 - Joinville - SC - www.joinville.sc.gov.br

17.0.005795-0

0576190v7