



EDITAL SEI N° 0454755/2016 - SES.UNG.APL

Joinville, 04 de novembro de 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Edital de Credenciamento Universal nº 009/2016.

A Prefeitura Municipal de Joinville, SC, através da Secretaria Municipal de Saúde, faz saber, a todos quantos virem o presente edital ou dele tiverem conhecimento, que abrirá inscrições para o Credenciamento de Prestadores de Serviços de Saúde, segundo o disposto na Portaria Ministerial n.º 2.801 de 14 de Maio de 1.998, Portaria Ministerial n.º 35 de 04 de Fevereiro de 1.999 e Lei Complementar n.º 101 de 04 de Maio de 2.000.

1. Dos Serviços:

1.1 Os serviços a serem tomados pela Secretaria Municipal de Saúde são os do **Grupo 03 - Procedimentos Clínicos, Subgrupo 02-Fisioterapia**, acrescidos de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico), conforme especificado no ANEXO III, parte integrante deste edital.

2. Dos Prestadores de Serviços:

2.1 Poderão participar do certame as pessoas físicas, jurídicas e/ou entidades sem fins lucrativos de todo o território nacional, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de inidoneidade por parte do Poder Público e que aceitem as exigências estabelecidas pelas 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 Não poderão credenciar-se:

2.4.1 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 8.66/93 c/c o § 4º do art. 26 da Lei 8.080/90;

2.4.2 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 8.66/93 c/c o § 4º do art. 26 da Lei 8.080/90;

2.4.3 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 Remuneração dos Serviços:

3.1 A remuneração dos serviços no item 1(Um) se dará com base nas referências de valores da Tabela de Procedimentos SIA/SUS, acrescido da complementação de 30% (trinta por cento), Portaria GM 1.606 de 11 de setembro de 2001, "EXCETO" para as Consultas de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Não médico).

3.2 A credenciada deverá lançar para cobrança junto ao Sistema Único de Saúde, no Boletim de Produção Ambulatorial mensal apresentado, o código específico do exame/procedimento, conforme solicitado na Requisição de Exames pelo profissional da rede pública assistencial de saúde para cada paciente usuário externo do SUS, acrescido de 01 (Uma) Pré-avaliação de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto Médico), e 01 (Uma) Pós-Tratamento de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto Médico), conforme descrito no ANEXO III.

3.3 Os pagamentos serão efetuados pela **CONTRATANTE**, 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 **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 de Requisição de Exames, cópia dos Laudos Técnicos e com a devida relação dos usuários conforme sequência das requisições.

4. Dos Usuários dos Serviços:

4.1 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 Divisão de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

5. Do Credenciamento dos Prestadores de Serviços:

5.1 As condições do credenciamento de prestadores de serviços de saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Joinville são universais e, portanto sob mesmas condições para todos, razão pela qual são firmadas seguindo disposições rígidas e inegociáveis, em que se obrigam tanto a Secretaria Municipal de Saúde, como os prestadores de serviços, após o seu credenciamento.

5.2 O credenciamento se dará após a aprovação do requerimento de inscrição, e quando deferido em sua análise técnica e legal, preconizada por este Edital.

6. Das Inscrições:

6.1 As inscrições para o Credenciamento se darão a partir da data de publicação do referido edital no diário oficial do município, sem data prevista para encerramento, através da entrega da solicitação de Credenciamento (formulário próprio) acompanhado dos seguintes documentos:

- a) Taxa Bancária (Comprovante de Depósito feito ao F.M. S);
- b) Solicitação formal de Credenciamento (Requerimento);
- c) Cópia do Alvará emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária Municipal, reconhecidamente apta para tal;
- d) Cópia do Alvará de Localização e Permanência no local, emitida pela Secretaria da Fazenda da Prefeitura Municipal;

- e) Cópia do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – C.N.P.J/MF;
- f) Cópia Autenticada do Contrato Social ou declaração de firma individual ou Estatuto Social devidamente registrado, no órgão competente e suas devidas alterações de reformulação;
- g) Curriculum Vitae resumido do responsável técnico (anexar Diploma, Títulos e Certificados);
- h) Relação de equipamentos (relacionar e especificar);
- i) Relação nominal dos recursos humanos disponíveis (discriminar, qualificar e quantificar por categoria funcional, CRM ou outros, sócios ou contratados);
- j) Comprovante de inscrição da unidade e dos profissionais no respectivo “Conselho Regional”;
- k) Declaração mencionando os horários de atendimento aos usuários do SUS;
- l) Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, expedido pela Caixa Econômica Federal;
- m) Certidão de Regularidade Fiscal (unificada), relativo à RFB/PGFN inclusive Contribuições Sociais (Previdenciárias), expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- n) Certidão Negativa de Falência e Concordata, expedida pelo Cartório Distribuidor da Sede do Proponente;
- o) Cópia de Certidão Negativa de Débito junto à Secretaria da Fazenda Estadual e Municipal;
- p) Cópia de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT, expedida pela justiça do Trabalho / 12ª Região SC;
- q) Declaração de Concordância com as Normas e Tabela de valores definida pelo Sistema Único de Saúde, devidamente assinada pelo proponente;

6.2 A falta de quaisquer dos documentos acima mencionados é razão para o indeferimento da solicitação.

6.3 Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços será convocado para firmar o Termo de Credenciamento (Contrato).

6.4 A negativa ou o não comparecimento, quanto ao definido no item anterior, acarreta a Anulação da Inscrição.

Nota: 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.

7. Das Disposições Finais:

7.1 Dúvidas decorrentes do presente edital serão esclarecidas mediante consulta formulada por escrito e encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, no Setor de Planejamento e Captação de Recursos, à Rua Araranguá, nº 397 – Bairro América – Joinville – SC, no horário das 07h00min às 13h00min, telefone (47) 3481-5170.

7.2 Integra o presente Edital:

- ANEXO I – Requerimento;
- ANEXO II – Minuta do Credenciamento;
- ANEXO III – Lista de Procedimentos;
- ANEXO IV – Declaração de Horário de Atendimento;
- ANEXO V - Declaração de Concordância Normas SUS.

7.3 Os documentos que integram o presente Edital estarão disponíveis após publicação no Diário Oficial do Município ou também poderão ser fornecidos a qualquer interessado mediante o pagamento do preço público de R\$ 20,00 (Vinte Reais), depositado na Conta do Fundo Municipal de Saúde de Joinville, Banco do Brasil, Agência 3155-0, Conta Corrente 111.091-8, destinado a cobrir despesas de publicação oficial e reprodução gráfica da documentação fornecida, conforme previsto no artigo 32 §5º, da Lei 8.666/93.

7.4 O presente Edital tem prazo indeterminado de vigência, até que outro Edital ou ato do modelo de atenção à Gestão Plena e do Conselho Municipal de Saúde venha a revogá-lo.

Joinville/SC, 04 de novembro de 2016.

FRANCIELI CRISTINI SCHULTZ
Secretária Municipal de Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Francieli Cristini Schultz, Secretário (a)**, em 17/11/2016, às 17:10, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, 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 **0454755** e o código CRC **26B58032**.

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

16.0.031644-9

0454755v9



ANEXO I

REQUERIMENTO

À
Secretaria Municipal de Saúde / Fundo Municipal de Saúde de Joinville
NESTA

Prezados Senhores:

EDITAL DE INSCRIÇÃO Nº 009/2016 – CREDENCIAMENTO UNIVERSAL

Pelo presente, atendendo ao Edital nº 009/2016, de 04/11/2016, vimos oferecer aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS/Joinville, nossos serviços especializados no Grupo de procedimentos de:

Fisioterapia

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

Declaramos, igualmente, que aceitamos a remuneração proposta, a qual será feita exclusivamente conforme item 3- Da Remuneração dos Serviços, subitem 3.1 e 3.2 do presente Edital do qual temos pleno conhecimento.

OBSERVAÇÃO: A documentação necessária para o processo de Credenciamento, consta relacionada no Edital nº 009/2016.

Para fins de pagamento, informamos abaixo nossos dados bancários:

Banco do Brasil S.A.

Agência nº: _____

Conta nº: _____

Joinville, _____ de _____ de _____

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura (com identificação do responsável)

ANEXO II

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – GRUPO 3 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, SUBGRUPO 02 FISIOTERAPIA, FIRMADO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A, EM CONFORMIDADE COM O EDITAL DE CREDENCIAMENTO UNIVERSAL Nº 009/2016 DE 04 DE NOVEMBRO DE 2016.

MINUTA TERMO DE CREDENCIAMENTO DO EDITAL Nº 009/2016
(Processo n.º...../2016)

OBJETO:

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 Secretária Municipal de Saúde **Sra.(o)**, portadora do CPF/MF nº, RG n.º, expedida pela, a seguir denominada simplesmente **CONTRATANTE** e a, 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)**, (CREFITO n.º.....), portador do CPF/MF n.º, RG n.º, expedida pela, daqui por diante denominado simplesmente **CONTRATADA**, pelo qual se obriga a prestar serviços de exames de média complexidade /**Procedimentos Clínicos – Grupo 3 / Sub-grupo 2 Fisioterapia**, acrescido de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) para atender os pacientes externos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), através deste instrumento e nos termos do Edital de Credenciamento Universal nº 009/2016 e seus anexos de 04 de novembro de 2016, 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 assim as demais normas e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e da Administração Pública, que mutua e reciprocamente outorgam e aceitam:

CREDENCIAMENTO:

Fica credenciado a(o), CREFITO n.º, sob a Responsabilidade Técnica do profissional Fisioterapeuta, portador do CPF/MF n.º, registrado no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Região sob

Rua Araranguá, nº 397 – América – CEP 89204-310 – Joinville – Santa Catarina
Fone / FAX (0**) 47 – 3481-5170 / 5179

n.º, para prestar serviços de média complexidade de exames/**Procedimentos Clínicos – Grupo 3 / Sub-grupo 2 Fisioterapia**, acrescido de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) aos pacientes usuários externos do Sistema Único de Saúde, 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 será o constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, acrescidos do complemento de 30% (trinta por cento), Portaria GM 1.606 de 11 de setembro de 2001, **“EXCETO”** para as Consultas de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Não médico). Os pagamentos serão efetuados pela **CONTRATANTE**, no mês subsequente à prestação dos serviços executados, conforme Portaria Ministerial n.º 3.478 de 20/08/98, 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 nº do prontuário do usuário, número da requisição dos exames, unidade de saúde cadastrada que solicitou exame, bairro de procedência, códigos da Tabela SUS, valores específicos e os credenciados deverão no decurso do ano de 2016, 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 da Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria da **CONTRATANTE** fiscalizarão a prestação de Serviços acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito nas Leis Federais n.º 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 do inciso IV, acima.

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

Parágrafo Único – Programação Físico-Orçamentária:

Código SUS	Teto Físico/Mês	Valor Tabela SIGTAP	Valor Complementar	Teto Orçamentário/Mês
TOTAL				R\$

VII 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 Municipal de Saúde.

VIII Os recursos necessários à cobertura das despesas relativas à execução das atividades consignadas no objeto do presente terão as seguintes classificações orçamentárias:

Dotação orçamentária nº xxx – xx.xx.xx.xxx.x.xxxxx.x.xxxxxx - R\$ (), para os valores do objeto contratado conforme 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.

Dotação orçamentária nº xxx – xx.xx.xx.xxx.x.xxxxx.x.xxxxxx - R\$ (), para os valores do objeto de cobertura complementar - Fonte de Recursos Municipais.

IX - 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 3 descritos neste Termo de Credenciamento.

X – A **CONTRATADA** deverá afixar Aviso e Placa, em local visível, conforme material padrão disponibilizado pela **CONTRATANTE** aos credenciados, de sua condição de entidade integrante do SUS, constando à 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.

XI – 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.

XII – 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 submeterem-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.

XIII – 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.

XIV - 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.

XV – 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.

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

XVII – O horário de atendimento será de à das às e das às horas.

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

XIX - 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.

XX – O presente Termo de Credenciamento/Contrato terá validade a partir de....., com vigência até **31/12/2016**, 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.

XXI – As omissões deste Termo de Credenciamento/Contrato 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 Jornal 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 2016.

.....
Secretária Municipal de Saúde
CONTRATANTE

.....
Empresa
CONTRATADA

Testemunhas:

.....
Nome
CPF/MF n.º

.....
Nome
CPF/MF n.º

ANEXO III

Especificações dos serviços, com respectivos códigos e valores extraídos da Tabela de Procedimentos do SUS -SIGTAP

CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO	VALOR SIGTAP	QUANTI DADE	TOTAL
03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ / PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.02.001-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10
03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30

03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10
03.02.03.001-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10
03.02.03.002-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60

	MÉDICO)			
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10

03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60

TOTAL				R\$ 76,10
03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 6,35	10	R\$ 63,50
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 76,10
03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30
03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R\$ 4,67	10	R\$ 46,70
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	2	R\$ 12,60
TOTAL				R\$ 59,30

NOTA: As consultas de Pré e Pós tratamento, de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico) deverão ser apontadas somente quando a requisição médica para Fisioterapia for de no mínimo 10 (Dez) seções por requisição, ou seja, 01(Uma) Consulta pré e 01(Uma) Consulta pós tratamento para cada 10(Dez) seções de Fisioterapia.

ANEXO IV

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a , sediada à rua , n.º , Bairro , inscrita no CNPJ/MF, sob o n.º e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES sob o n.º , neste ato representada pôr seu procurador Sr.(a) , (CREFITO n.º.....), portador do CPF/MF n.º , RG n.º , expedida pela , atenderá aos pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde, provenientes da SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, no período das ____ às _____ horas conforme horário e agendamento pré-estabelecido com esta Secretaria.

Comunicamos ainda, que qualquer alteração no horário de atendimento informado, serão comunicados a Secretaria Municipal da Saúde com antecedência de 30 dias para melhor organização e adequação da mesma.

Joinville – SC, xx de _____ de xxxx.

Responsável:xxxxxxxxxx

Empresa:xxxxxxxxxx

CNPJ:xx.xxx.xxx/xxxx-xx

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a , sediada à rua , n.º , Bairro , inscrita no CNPJ/MF, sob o n.º e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES sob o n.º , neste ato representada pôr seu procurador Sr.(a) , (CREFITO n.º.....), portador do CPF/MF n.º , RG n.º , expedida pela , concorda com as Normas e Tabelas de valores definidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Joinville / SC, de de

Responsável:.....

Empresa:.....

CNPJ: