



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 006/2010/SMS/PMF**

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - SMS, com sede na Av. Henrique da Silva Fontes, 6.100, Trindade, Florianópolis - SC, torna público que fará realizar seleção e possível contratação de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Município de Florianópolis.

**1. DO OBJETO**

Seleção e possível contratação de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde para realização de **Procedimentos Clínicos – Terapias Especializadas por meio de Litotripsia Extracorporea**, conforme descrição na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, disponível através do **SIGTAP** – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de saúde – SUS no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br>, conforme **Termo de Referência (Anexo I)**.

1.1. **O Termo de Referência (Anexo I)** apresenta a descrição detalhada da necessidade da Secretaria Municipal de Saúde para **Terapias Especializadas por meio de Litotripsia Extracorporea**, segundo a organização da “**Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS**”.

**2. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

Constituição Federal, arts. 37, XXIII e 199; Lei 8.080/90, arts. 24 e seguintes; Lei 8.666/93 e alterações.

**3. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO**

Os interessados deverão apresentar a documentação de habilitação e qualificação técnica exigida em envelopes separados fechados dirigidos à Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis, **até o dia 30 de dezembro de 2010, das 13h às 18h**, na Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, situada na Av. Henrique da Silva Fontes, 6100 – Trindade, Florianópolis/SC, da seguinte forma:

**3.1 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

2

Os documentos correspondentes à habilitação deverão ser entregues em original ou em cópia autenticada em Cartório, em envelope hermeticamente fechado de forma a não permitir a visualização de seu conteúdo, com a seguinte descrição externa:

**ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GERÊNCIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO  
**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 006/2010/SMS/PMF – LITOTRIPSIA**  
**EXTRACORPOREA.**  
*RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE*

**3.1.1 - RELATIVOS À CAPACIDADE JURÍDICA**

a) Identificação do proponente, com CNPJ, nome, endereço, inscrição municipal e todas as formas de contato (telefone, fax e e-mail);

b) Cédula de Identidade e Certidão de Matrícula na Junta Comercial, no caso de firma individual;

c) Ato Constitutivo (estatuto ou contrato social) devidamente registrado e acompanhado das alterações posteriores, em se tratando de Sociedades Comerciais, e, no caso de Sociedades por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

d) Registro do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades Civas, acompanhada de alterações e prova de diretoria em exercício;

e) Decreto de Autorização, devidamente arquivado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

f) Declaração afirmando estar ciente das condições do **Edital de Chamada Pública nº. 006/2010/SMS/PMF – LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA**, que assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão Permanente de Licitação para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, conforme **Anexo II**;

g) Declaração de aceite dos preços praticados pela Tabela SUS Atualizada para pagamento dos procedimentos contratados, estando também ciente de que os



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

3

reajustes aplicados aos referidos procedimentos obedecerão às determinações do Ministério da Saúde, conforme **Anexo III**;

h) Alvará Sanitário Atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual;

i) Alvará de Funcionamento Atualizado;

j) Dados de identificação de conta bancária: identificação do Banco, número da agência e da conta corrente;

k) Declaração emitida pela empresa atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (*proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz*).

**3.1.2 - RELATIVOS À REGULARIDADE FISCAL**

a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

c) Certidões de regularidade de situação para com a Fazenda Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União), Estadual e Municipal, sendo os dois últimos expedidos pela localidade sede;

d) Certidão de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS);

e) Certidão de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), fornecida pela Caixa Econômica Federal, de acordo com o art. 27, "a", da Lei Federal nº 8.036 de 11/05/1990.

**3.1.3 - RELATIVOS À IDONEIDADE FINANCEIRA**

a) Demonstrativos financeiros consistentes do balanço e demonstração de resultados do último exercício social, considerados forma e calendários legais, assinados pelo contador da firma reconhecida;

b) Certidões Negativas de pedido de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física.



### **3.2 - OBSERVAÇÕES**

3.2.1 - As certidões que não indicarem o prazo de validade deverão ter sido expedidas, no máximo, até 180 (cento e oitenta) dias antes da data de recebimento das propostas;

3.2.2 - Os balanços deverão conter as assinaturas dos sócios e do contador responsável da proponente, o número das folhas do livro diário, bem como seu registro na Junta Comercial ou Cartório de registro de Títulos e documentos;

### **3.3 – DOCUMENTOS RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS**

A proponente deverá apresentar para qualificação técnica e oferta de serviços no Envelope nº. 02, hermeticamente fechado de forma a não permitir a visualização de seu conteúdo, em original ou em cópia autenticada em Cartório, os seguintes documentos:

**ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GERÊNCIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO  
**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 006/2010/SMS/PMF – LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA.**  
*RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE*

- a) **Ofício indicando sua capacidade instalada de oferta e quantidade que pretende ofertar para o SUS** em Terapias Especializadas através de Litotripsia Extracorporea, devendo estar discriminados de acordo com **o modelo contido no Termo de Referência (Anexo I) deste Edital;**
- b) Comprovante de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- c) Registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- d) Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do prestador, informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, quando for o caso (**Anexo IV**);
- e) Certificado de especialidade devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe, RG e CPF do responsável técnico pelo serviço a ser contratado;



#### **4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS**

- a) Apresentar a documentação exigida neste Edital;
- b) Integrar-se ao Complexo Regulador de Florianópolis, através do Sistema Nacional de Regulação – SISREG e Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar os Sistemas;
- c) Só poderão participar prestadores de serviços com sede em Florianópolis;
- d) Atender aos pacientes oriundos de Florianópolis e de suas referências, devidamente encaminhados pela Central de Regulação de Alta Complexidade Ambulatorial e agendados pelo SISREG em dias e horário previamente acordados com a Gerência de Regulação da Diretoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria, com garantia de atendimento integral em todos os níveis de complexidade contratualizados e de acordo com os tetos físico-financeiros programados para os exames de Litotripsia Extracorporea;
- e) O(s) Prestador(es) habilitado(s) deverão cadastrar no SISREG, em seu ambiente Executante, o preparo para todos os procedimentos contratualizados, devendo manter atualizado este cadastro, permitindo que as informações relativas ao preparo saiam impressas junto com o agendamento do SISREG;
- f) Não haverá qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes do SUS e os demais pacientes atendidos pelo prestador;
- g) A remuneração pelos serviços prestados se derá através da seguinte forma:
  - 1) Serão aplicados os valores previstos na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”.
  - 2) Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou de seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;
- h) Os prestadores responderão exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

6

- i) Havendo necessidade da realização de mutirões de terapias especializadas através de Litotripsia Extracorporea, seja para os moradores de Florianópolis, ou para os Municípios de sua referência, o Gestor de Florianópolis solicitará a participação dos prestadores habilitados para que participem, aumentando seu teto físico e financeiro, de acordo com sua capacidade instalada, **descrita no item 3.3-a. deste Edital;**
- j) A organização dos referidos mutirões, ficará a cargo da Diretoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria e da Diretoria de Média e Alta Complexidade, cabendo a gerência de Controle e Avaliação, a definição do teto financeiro a ser disponibilizado e quantidade de procedimentos a ser ofertados em cada mutirão e à Gerência de Regulação a organização do acesso, através do SISREG;
- k) Os prestadores manter-se-ão, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
- l) Não haverá qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis e pela área de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde;
- m) A produção dos serviços prestados será registrada e apresentada mensalmente através dos seguintes instrumentos de registro:
  - 1. APAC - Autorização de Procedimento de Alto Custo;
  - 2. Formulário de Agendamento do SISREG;
  - 3. Pedido Médico. Sendo que o Sistema utilizado para o processamento da produção é o Sistema da APAC magnético e SIA/SUS do Ministério da Saúde;
  - 4. **Cópia do Laudo médico de todos os exames realizados.**
- n) Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da SMS durante a vigência do contrato;
- o) As empresas que possuem matriz e filial(is) somente poderão participar da presente Chamada Pública através de um único CNPJ com sede no município de Florianópolis, através do qual receberão os pagamentos caso sejam contratadas. O CNPJ deverá ser identificado em ofício de encaminhamento e nos respectivos documentos exigidos nos Itens 3.1 e 3.3 deste Edital.

## **5. NÃO PODERÃO CONTRATAR**

- 5.1 Aqueles que deixarem de cumprir qualquer item deste Edital;



5.2 Prestadores declarados inidôneos por órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, federal, estadual, municipal ou Distrito Federal;

5.3 Aquele que se encontrar em processo de falência ou recuperação judicial, concordatária, concurso de credores, dissolução e liquidação;

5.4 É vedada a participação de prestadores em consórcio.

## **6. DA DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO PARA OS PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA RELACIONADOS À MEDICINA NUCLEAR.**

6.1 - O teto financeiro previsto para as terapias especializadas por Litotripsia Extracorporea utilizará os recursos da Média e Alta Complexidade – MAC e será definido pela Programação Pactuada e Integrada – PPI, que contempla a abrangência dos 22 (vinte e dois) municípios da 18ª Regional de Saúde de Florianópolis, bem como de outros municípios que tiverem Pactuação com Florianópolis, podendo ser complementado com recursos próprios do município mediante real necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, ou através de decisão do Colegiado de Gestão Regional da Grande Florianópolis. O teto financeiro será distribuído entre os prestadores contratados, respeitando o interesse da Secretaria Municipal de Saúde e a Capacidade instalada de cada prestador habilitado e de acordo com as disponibilidades e pactuações da Secretaria Municipal de Saúde.

6.2 - A distribuição dos valores entre os prestadores contratados obedecerá aos seguintes critérios:

1 – A Programação Pactuada e Integrada – PPI de Florianópolis e suas referências;

2 – A realização de Mutirões;

3 – O interesse do Colegiado de Gestão Regional da Grande Florianópolis;

4 – A necessidade do Município de Florianópolis.

6.3 - Para os prestadores que manifestarem interesse em realizar as terapias especializadas através de Litotripsia Extracorporea para crianças menores de 12 anos, serão acrescidos aos valores discriminados na tabela de procedimentos do SUS, o valor de R\$ 150,00 referente à sedação, sendo que para esta complementação serão utilizados os recursos próprios do Município, através da Fonte 80.

a) Devido à diminuta necessidade desse tipo de terapia para crianças nessa faixa etária, salientamos que os recursos destinados à complementação para a realização de sedação, serão exclusivos para as terapias realizadas em crianças, ficando vetada a sua utilização para pacientes fora desta faixa etária.

b) O fluxo para a realização dos exames em crianças menores de 12 anos, será idêntico aos demais pacientes, ou seja, através da Central de Regulação de Alta Complexidade, devendo para fins de controle e avaliação, ser encaminhado junto com os documentos comprobatórios da produção, o pedido médico da sedação,



devidamente justificado, carimbado e assinado pelo médico anestesista, responsável pela sedação da criança.

## **7. DAS VISTORIAS TÉCNICAS**

7.1 - A Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis realizará visitas técnicas nas instalações de todos os interessados, independente de prévio agendamento, para verificação da capacidade instalada e das reais condições de atendimento às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

7.2 - As vistorias técnicas serão realizadas a qualquer momento, mesmo após a assinatura do contrato, a critério da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis.

## **8. DA SELEÇÃO**

Serão selecionados os prestadores que atenderem a todas as exigências do presente edital e obtiverem declaração de não objeção à assinatura do contrato expedida pela Comissão após a realização da vistoria técnica.

## **9. DO CONTRATO**

9.1 - Os prestadores selecionados serão chamados para assinatura do contrato, cuja minuta segue no **Anexo V** deste Edital, conforme necessidade e conveniência da Secretaria Municipal de Saúde, momento em que tomarão conhecimento do seu teto financeiro.

9.2 - No momento da assinatura do contrato, caso não haja aceitação do prestador selecionado, deverá ser assinado Termo de Desistência.

9.3 - Em caso de desistência de algum prestador selecionado, o seu teto financeiro será redistribuído entre os demais interessados aptos a contratar.

9.4 - A assinatura do contrato e a distribuição do teto financeiro ficarão a critério exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde.

## **10. DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO**

10.1 – O(s) prestador(es) contratado(s) deverá(o) utilizar o Sistema APAC/SIA – Sistema de Informação Ambulatorial/SUS – Sistema Único de Saúde para realização do fechamento de sua produção mensal, que será validado e pago após a conferência com o relatório de produção do Sistema Nacional de Regulação – SISREG.





10.2 - O relatório de produção mensal deverá ser entregue na Gerência de Controle, Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço.

10.3 - Após 20 (vinte) dias da entrega do relatório de produção, a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizará o relatório de crítica contendo os valores aprovados para pagamento no site: [www.pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude) - Menu: Informações em Saúde, conforme cronograma do Ministério da Saúde.

10.4 - A partir da divulgação do relatório de crítica no site da Secretaria Municipal de Saúde, o prestador deverá apresentar a Nota Fiscal na Gerência de Controle, Avaliação para o respectivo “aceite” e encaminhamento ao Departamento Administrativo Financeiro para posterior pagamento.

## **11. DISPOSIÇÕES FINAIS**

11.1 - Estando os prestadores selecionados aptos a contratar com o município, será providenciado o processo de Inexigibilidade de Licitação, de acordo com o art. 25 da Lei 8.666/93, tendo em vista que a competição resta faticamente impossibilitada, já que é de interesse da coletividade que o maior número possível de empresas preste serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, no intuito de ampliar e facilitar o acesso da população.

11.2 - O extrato do presente Edital será publicado no Diário Oficial do Estado, e o Edital na íntegra, com seus anexos, estarão disponíveis no site [www.pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude).

11.3 - A Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis terá o prazo de até 30 (trinta) dias após o recebimento dos envelopes de documentação para avaliar e divulgar o resultado.

11.4 - O prazo para entrega dos documentos estabelecido no Item 3 deste Edital poderá ser prorrogado a critério da Secretaria Municipal de Saúde.

11.5 - Fazem parte deste Edital os seguintes documentos:

- Anexo I – Termo de Referência;
- Anexo II - Declaração de Aceitação do Edital;
- Anexo III – Declaração de Aceitação dos Preços;
- Anexo IV – Relação de profissionais que compõem a equipe técnica;
- Anexo V – Minuta do contrato.

11.6 - Esclarecimentos e informações a respeito deste Edital serão prestados pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis, em dias úteis das 14 às 18 horas, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, junto à Diretoria de Planejamento e Captação de Recursos e Diretoria de Regulação, Avaliação,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

10

Controle e Auditoria, na Av. Henrique da Silva Fontes, 6.100, Trindade, Florianópolis – SC, telefones 3239-1598; 3239-1583.

Florianópolis, 26 de Outubro de 2010.

---

**Mario José Bastos Junior**  
**Presidente da Comissão**

---

**Karin Cristine Geller**  
**Membro da Comissão**

---

**Daniela Barbosa Pacheco**  
**Membro da Comissão**

---

**Waldileuza Ferreira Rodrigues Barbosa**  
**Membro da Comissão**

---

**Claudete Cazonatti**  
**Membro da Comissão**



**ANEXO I**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

Este Termo de Referência tem como finalidade detalhar o interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, com a contratação de **TERAPIAS ESPECIALIZADAS POR MEIO DE LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA.**

De acordo com a organização e nomenclatura da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, a Litotripsia Extracorporea é identificado da seguinte maneira:

- Grupo 03 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS;
- Subgrupos 09 – TERAPIAS ESPECIALIZADAS;
- Forma de Organização 03 – TERAPIAS O APARELHO GENITOURINÁRIO;

**Os procedimentos serão descritos através da planilha abaixo, que visa detalhar cada um os procedimentos de interesse a Secretaria de Saúde de Florianópolis, conforme segue:**

<b>Procedimento:</b>	<b>0309030102 - LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIAO RENAL)</b>
Descrição:	CONSISTE NO TRATAMENTO SUBSEQÜENTE, COM INTERVALO MÍNIMO DE 10 DIAS DE CLACULOS EM UMA ÁREA DO RIM TRATADA ANTERIORMENTE; INDEPENDENTE DO NÚMERO DE CÁLCULOS EXISTENTES NESTA ÁREA.
Origem:	A.19083041
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
<b>Valor Ambulatorial Total:</b>	<b>172,00</b>
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mes(es)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	223157
CID:	N200, N201, N202, N209, N210, N211, N218, N219, N228.
Serviço / Classificação:	130 - Serviço de nefrologia/urologia - 002 - Litotripsia

<b>Procedimento:</b>	<b>0309030110 - LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIOES RENAIIS)</b>
Descrição:	CONSISTE NO TRATAMENTO SUBSEQÜENTE, COM INTERVALO MÍNIMO DE 10 DIAS, DA LITÍASE DE DUAS REGIÕES DISTINTAS DO RIM TRATADAS ANTERIORMENTE, INDEPENDENTE DO NÚMERO DE CÁLCULOS EXISTENTES NESTAS ÁREAS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

12

Origem:	A.19083050
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
<b>Valor Ambulatorial Total:</b>	<b>150,50</b>
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	0,00
Valor Hospitalar Total:	0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mes(es)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	8
CBO:	223157
CID:	N200, N201, N202, N209, N210, N211, N218, N219, N228.
Serviço / Classificação:	130 - Serviço de nefrologia/urologia - 002 – Litotripsia

<b>Procedimento:</b>	<b>0309030129 - LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIAO RENAL)</b>
Descrição:	CONSISTE NO TRATAMENTO DA LITÍASE EM APENAS UMA REGIÃO DO RIM, INDEPENDENTE DO NÚMERO DE CÁLCULOS EXISTENTES NESTA ÁREA.
Origem:	A.19083025
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
<b>Valor Ambulatorial Total:</b>	<b>172,00</b>
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mes(es)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	223157
CID:	N200, N201, N202, N209, N210, N211, N218, N219, N228.
Serviço / Classificação:	130 - Serviço de nefrologia/urologia - 002 – Litotripsia

<b>Procedimento:</b>	<b>0309030137 - LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIOES RENAIIS)</b>
Descrição:	CONSISTE NO TRATAMENTO SIMULTÂNEO DE CÁLCULOS EM DUAS ÁREAS DISTINTAS DO RIM, INDEPENDENTE DO NÚMERO DE CÁLCULOS EXISTENTES NESTAS ÁREAS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

13

Origem:	A.19083033
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
<b>Valor Ambulatorial Total:</b>	<b>150,50</b>
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mes(es)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	8
CBO:	223157
CID:	N200, N201, N202, N209, N210, N211, N218, N219, N228.
Serviço / Classificação:	130 - Serviço de nefrologia/urologia - 002 – Litotripsia

Para que seja verificada a efetividade do tratamento por Litotripsia Extracorporea, há necessidade de confirmação através de exame de Raio X, desta forma, segundo a organização da Tabela do SUS, os exames de Radiologia são descritos da seguinte forma:

- Grupo 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA;
- Subgrupos 04 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA;
- Forma de Organização 05 – EXAMES RADIOLÓGICOS DE ABDOMEN E PELVE;

<b>Procedimento:</b>	<b>0204050138 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)</b>
Origem:	A.13081012, H.21001103
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 05 - AIH (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
<b>Valor Ambulatorial Total:</b>	<b>7,17</b>
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mes(es)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
CBO:	2231F9, 223110, 223111, 223115, 223124, 223129, 223149
Serviço / Classificação:	121 - Serviço de diagnóstico por imagem - 001 - Radiologia, 121 - Serviço de diagnóstico por imagem - 007 - Radiologia por telemedicina



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

14

Os interessados em participar deste Edital deverão possuir capacidade instalada capaz de realizar **todos os procedimentos constantes neste Termo de Referência.**

Os interessados deverão apresentar em sua proposta de oferta, sua capacidade mensal de atendimento, devendo informar a quantidade mensal de oferta que pretende disponibilizar para o SUS, conforme modelo abaixo:

<b>GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b> <b>SUB GRUPO 09 - TERAPIAS ESPECIALIZADAS</b> <b>FORMA DE ORGANIZAÇÃO 03 - TERAPIAS DO APARELHO GENITOURINÁRIO</b>	<b>CAPACIDADE INSTALADA (em quantidade mensal)</b>	<b>PROPOSTA DE OFERTA PARA O SUS (em quantidade mensal)</b>
<b>0309030102 - LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIÃO RENAL)</b>		
<b>0309030110 - LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIÕES RENAIAS)</b>		
<b>0309030129 - LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)</b>		
<b>0309030137 - LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIÕES RENAIAS)</b>		
<b>0204050138 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)</b>		
<b>DESCREVER O INTERESSE EM REALIZAR LITOTRIPSIA PARA CRIANÇAS MENORES DE 12 ANOS.</b>		

A distribuição do Teto financeiro correspondente aos TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS POR LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA se dará de acordo com a PPI – Programação Pactuada e Integrada Ambulatorial de Florianópolis e suas referências, estando vinculada ao Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade – MAC, recursos do Ministério da Saúde, bem como, de recursos Próprios do Município.

Os valores utilizados como referência para este Edital correspondem à Competência 10/2010 e podem ser consultados diretamente pelo **SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS” (online)**, no site: <http://sigtap.datasus.gov.br>.

Para os prestadores que manifestarem interesse em realizar as terapias especializadas através de Litotripsia Extracorporea para crianças menores de 12 anos, serão acrescidos aos valores discriminados na tabela de procedimentos do SUS, o valor



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

15

de R\$ 150,00 referente à sedação, sendo que para esta complementação serão utilizados os recursos próprios do Município, através da Fonte 80.

Devido à excepcionalidade de exames dessa natureza para crianças na faixa etária supracitada, salientamos que os recursos destinados à complementação para a realização de sedação, serão exclusivamente para as terapias realizadas em crianças, ficando vetada a sua utilização para pacientes fora desta faixa etária.



**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO EDITAL**

A empresa ....., pessoa jurídica de direito privado, com sede na.....  
....., Florianópolis-SC, inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, abaixo firmado, vem declarar que possui pleno conhecimento, e manifestar inteira concordância, com todos os termos do **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 006/2010/SMS/PMF – LITOTTRIPSIA EXTRACORPOREA**, que trata da seleção e possível contratação de entidades Filantrópicas e/ou privadas, **prestadoras de serviços de saúde, para a realização de terapias especializadas do aparelho genitourinário**, discriminados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis.

Florianópolis, .....

---

**NOME:**

**CPF:**





**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS**

A empresa ....., pessoa jurídica de direito privado, com sede na.....  
....., Florianópolis-SC, inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, abaixo firmado, em atenção ao **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 006/2010/SMS/PMF – LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA**, vem manifestar sua aceitação aos preços praticados pela “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS” para pagamento dos procedimentos contratados, estando também ciente de que os reajustes aplicados aos referidos procedimentos obedeceram às determinações do Ministério da Saúde.

Florianópolis, .....

\_\_\_\_\_  
**NOME:**

**CPF:**



**ANEXO IV**

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM EQUIPE TÉCNICA**

Empresa:

CNPJ:

<b>Nome do profissional</b>	<b>CPF</b>	<b>Cargo</b>	<b>Função</b>	<b>Carga horária semanal</b>	<b>Número no Conselho Profissional (quando for o caso)</b>

Florianópolis, .....

\_\_\_\_\_

**NOME:**

**CPF:**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

19

**ANEXO V**

**MINUTA DO CONTRATO**