



## EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° 018/2015/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 com Finalidade Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil**, 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 **Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil**, 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 31 de agosto de 2015, das 08h00min as 12h00min e das 14h00min as 18h00min**, na Sala



da Gerência de Contratos e Convênios 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**

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  
NA SALA DA GERÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS  
**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 018/2015/SMS/PMF –Procedimentos com**  
**Finalidade Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil**  
*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. 018/2015/SMS/PMF – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil, 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 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

SALA DA GERÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 018/2015/SMS/PMF – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil**

*RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE*

a) **Ofício indicando sua capacidade de oferta e quantidade que pretende ofertar para o SUS** dos procedimentos de Média com Finalidade Diagnóstica em



Radiologia adulto e infantil, 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) Para os procedimentos de Média Complexidade, atender aos pacientes agendados pelas unidades de saúde de Florianópolis e de suas referências, através do SISREG em dias e horário previamente acordados com a Gerência de Regulação da Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação 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 procedimentos relativos aos Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Radiologia;
- 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 poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes do SUS e os demais pacientes atendidos pelo prestador;
- g) A base de remuneração para os procedimentos de coleta de materiais por meio de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil dará 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 Civil 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;
- i) Caso haja real necessidade da realização de mutirões de procedimentos relativos à Finalidade Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil, 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) Os prestadores deverão manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
- k) Não poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que poderão ser realizadas pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis e pela área de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde;



- l) A produção dos serviços prestados deverá ser registrada no Sistema de Informação Ambulatorial utilizado pelo Ministério da Saúde e apresentada mensalmente, até o 5º dia útil, do mês subsequente, ao Setor de Controle e Avaliação, conforme explicação do item 9.2 deste edital. Para fim de comprovação de registro de atendimento deve se manter arquivados os instrumentos de registros:
1. Formulário de Agendamento do SISREG;
  2. Pedido Médico para Finalidade Diagnóstica em Radiologia;
  3. Cópia do Laudo.
  4. Backup do arquivo do Sistema de Informação Ambulatorial.
- m) Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da SMS durante a vigência do contrato;
- n) As empresas que possuírem 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. DAS VISTORIAS TÉCNICAS**



6.1 - 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.

## 7. 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.

## 8. DO CONTRATO

8.1 - 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.

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

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

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

## 9. DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO

9.1 - Todos os contratados utilizarão o Sistema SIA – Sistema de Informação Ambulatorial/SUS para realização do fechamento de sua produção mensal, que será validado e pago após a conferência com o relatório de produção do SISREG - Sistema Nacional de Regulação;

9.2- O arquivo SIA deverá ser encaminhado por email ([processamento.sms.fpolis@gmail.com](mailto:processamento.sms.fpolis@gmail.com)) e os relatórios da produção física deverão ser entregues a Gerência de Controle, Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, devidamente assinados pelo responsável técnico. **Ambos encaminhar até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço;**

9.3 – Caberá ao setor de Controle e Avaliação após recebimento dos relatórios físicos realizar uma pré-análise das documentações para visualizar possíveis não





conformidades administrativas, de forma a serem apresentadas aos prestadores para que este promovam as devidas alterações, quando cabíveis. Neste ínterim, os procedimentos que forem bloqueados a fim de pagamento de produção física devido a não conformidade, poderão ser reapresentados com as correções devidas para serem pagos;

9.4 - 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.

9.5 - A partir da liberação do empenho do setor financeiro, a Gerência de Controle e Avaliação comunicará ao prestador solicitando a(s) Nota(s) Fiscal (is) para o respectivo “aceite” e, encaminhará ao Departamento Administrativo Financeiro para posterior pagamento.

## **10. DISPOSIÇÕES FINAIS**

10.1 - 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.

10.2 - 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).

10.3 - 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.

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

10.5 - 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.



10.6 Esclarecimentos e informações a respeito deste Edital serão prestadas pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis, em dias úteis, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, junto as seguintes Diretorias: Diretoria de Controle, Avaliação e Auditoria (3239-1596/98), Diretoria de Média Complexidade e Ações Regionais (3239-1544) e Gerência de Contratos e Convênios (32391550), na Av. Henrique da Silva Fontes, 6.100, Trindade , Florianópolis – SC.

Florianópolis, 14 de Agosto de 2015.

---

**Nulvio Lermen Junior**  
**Presidente 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 procedimentos relacionados à Finalidade Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil.

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”, os procedimentos relacionados à Finalidade Diagnóstica em Ultrassonografia, são identificados da seguinte maneira:

- Grupo 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA;
- Subgrupos 04 – Diagnóstico por Radiologia
- Forma de Organização - 01 , 02, 03, 04, 05 e 06.

O interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, para os procedimentos relacionados à Finalidade Diagnóstica em Radiologia serão apresentados segundo sua complexidade, conforme quadros abaixo:

**FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 01**

**Procedimentos em Radiologia (simples)  
Exames Radiológicos em cabeça e pescoço**

0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38
0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88
0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52
0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03
0204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38
0204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 7,98
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32
0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20
<b>NÃO OBRIGATÓRIO</b>		
0204010012	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 48,85
0204010020	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 27,32
0204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38



0204010047	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 6,96
0204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 5,74
0204010195	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 48,85
0204010209	TELERRADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$ 6,44
0204010160	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 3,51
0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 9,03
0204010187	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 1,75

### FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 02

#### Exames de Rx de coluna

0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33
0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19
0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 10,29
0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96
0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90
0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 16,88
0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16
0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 9,73
0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 15,58
0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 7,80
<b>NÃO OBRIGATÓRIO</b>		
0204020018	MIELOGRAFIA	R\$ 118,60
0204020026	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 19,60
0204020131	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA ( P/	R\$ -

### FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 03

#### Exames de Rx de Tórax e Mediastino

020430188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00
0204030030	MAMOGRAFIA	R\$ 22,50
0204030056	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 14,32
0204030064	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 9,05
0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,37
0204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 19,24
0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98
0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 8,73
0204030110	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 27,27
0204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 5,56
0204030137	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 14,32
0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02



0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50
0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 6,55
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88
<b>NÃO OBRIGATÓRIO</b>		
0204030013	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 110,41
0204030021	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 57,16
0204030048	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$ 62,50

### FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 04

#### Exame de Rx da cintura escapular e dos membros

0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42
0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40
0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40
0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40
0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77
0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40
0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90
0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 5,62
0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 6,30
0204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 6,00
0204040116	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91

### FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 05

#### Exame de Rx de abdômen e pelve

0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17

### FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 06

#### Exame de Rx de cintura pélvica e membros inferiores

0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77
0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77
0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 6,50
0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78

0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16
0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 6,78
0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94
0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 9,29
<b>NÃO OBRIGATÓRIO</b>		
0204060010	ARTROGRAFIA	R\$ 45,34
0204060036	ESCANOMETRIA	R\$ 7,77
0204060044	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$ 18,68
0204060052	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 18,68

Os interessados em participar deste Edital deverão possuir capacidade instalada capaz de realizar todos os procedimentos obrigatórios listados acima.

Os interessados deverão apresentar em sua proposta, sua capacidade mensal de atendimento em cada procedimento descrito nos quadros acima, bem como, informar a quantidade mensal da oferta mensal que pretende destinar aos usuários o SUS.

A capacidade instalada total do prestador, bem como a proposta de oferta para o SUS, deverá ser informada através de um quadro descritivo, conforme modelo abaixo:

GRUPO 01 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA SUB GRUPO - 02 Exames Radiológicos em cabeça e pescoço	CAPACIDADE INSTALADA (em quantidade mensal)	PROPOSTA PARA ATENDIMENTO DO SUS (em quantidade mensal)
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL		
RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)		
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)		
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)		
RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)		
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)		



RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)		
RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)		
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)		
RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)		
DACRIOCISTOGRAFIA		
PLANIGRAFIA DE LARINGE		
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)		
RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)		
RADIOGRAFIA DE LARINGE		
SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)		
TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS		
RADIOGRAFIA OCLUSAL		
RADIOGRAFIA PANORAMICA		
RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)		
<b>GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b> <b>SUB GRUPO – 04</b> <b>Exames de Rx de coluna</b>	<b>CAPACIDADE INSTALADA (em quantidade mensal)</b>	<b>PROPOSTA PARA ATENDIMENTO DO SUS (em quantidade mensal)</b>
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)		
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)		
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA		
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA		
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)		
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA		
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)		
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR		
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA		
RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA		
MIEOGRAFIA		
PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL		
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA ( P/		
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL		
<b>GRUPO 01 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>	<b>CAPACIDADE</b>	<b>PROPOSTA PARA</b>



<b>SUB GRUPO - 04</b> <b>Exames de Rx de Tórax e Mediastino</b>	<b>INSTALADA (em quantidade mensal)</b>	<b>ATENDIMENTO DO SUS (em quantidade mensal)</b>
MAMOGRAFIA BILATERAL		
RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)		
RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)		
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)		
RADIOGRAFIA DE ESOFAGO		
RADIOGRAFIA DE ESTERNO		
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)		
RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO		
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)		
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)		
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)		
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)		
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)		
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		
BRONCOGRAFIA UNILATERAL		
DUCTOGRAFIA (POR MAMA)		
MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A		
<b>GRUPO 01 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b> <b>SUB GRUPO - 04</b> <b>Exame de Rx da cintura escapular e dos membros</b>	<b>CAPACIDADE INSTALADA (em quantidade mensal)</b>	<b>PROPOSTA PARA ATENDIMENTO DO SUS (em quantidade mensal)</b>
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO		
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR		
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL		
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR		
RADIOGRAFIA DE BRACO		
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		
RADIOGRAFIA DE COTOVELO		
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO		
RADIOGRAFIA DE MAO		
RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)		





RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)		
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)		
<b>GRUPO 01 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b> <b>SUB GRUPO - 04</b> <b>Exame de Rx de abdomen e pelve</b>	<b>CAPACIDADE INSTALADA (em quantidade mensal)</b>	<b>PROPOSTA PARA ATENDIMENTO DO SUS (em quantidade mensal)</b>
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)		
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)		
CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE		
COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA		
COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA		
DUODENOGRAMA HIPOTONICA		
FISTULOGRAFIA		
HISTEROSSALPINGOGRAFIA		
PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA		
PIELOGRAFIA ASCENDENTE		
PLANIGRAFIA DE RIM C/ CONTRASTE		
PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE		
URETROCISTOGRAFIA		
UROGRAFIA VENOSA		
RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO		
RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)		
RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)		
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)		
<b>GRUPO 01 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b> <b>SUB GRUPO - 04</b> <b>Rx de cintura pélvica e membros inferiores</b>	<b>CAPACIDADE INSTALADA (em quantidade mensal)</b>	<b>PROPOSTA PARA ATENDIMENTO DO SUS (em quantidade mensal)</b>
ARTROGRAFIA		
DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LUMBARES)		
ESCANOMETRIA		



A distribuição do Teto financeiro correspondente aos procedimentos relacionados à Finalidade Diagnóstica em Radiologia 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 procedimentos apresentados estão descritos com os valores pagos pelo Ministério da Saúde na Competência 08/2015 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>.



## 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 018/2015/SMS/PMF**, que trata da seleção e possível contratação de entidades Filantrópicas e/ou privadas, **prestadoras de serviços de saúde na área de Exames de Radiologia Adulto e Infantil**, 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 018/2015/SMS/PMF**, 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:**



## ANEXO V

### MINUTA DE CONTRATO

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E

\_\_\_\_\_.

O Município de Florianópolis, pessoa jurídica de direito público, com sede situada à Rua Tenente Silveira nº 60, 5º andar, Bairro Centro, Florianópolis/SC, através da **Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.935.681/0001-91, situada à Avenida Henrique da Silva Fontes nº 6100, Bairro Trindade, Florianópolis/SC, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada pelo Secretário Sr Carlos Daniel Magalhães da Silva Moutinho Junior RG \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o n.º \_\_\_\_\_, e \_\_\_\_\_, resolvem firmar o presente contrato, decorrente do **Edital de Chamada Pública nº 018/2015**, cujo Edital fica fazendo parte integrante deste, mediante cláusulas e condições a seguir enunciadas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente contrato tem como objeto a contratação de prestadores de serviços de saúde para a realização de procedimentos com finalidade **Diagnóstica em Radiologia adulto e infantil** discriminados na "**Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS**", que se encontra 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>. E parte integrante do edital 018/2015.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – DO FUNDAMENTO LEGAL



O presente contrato será regido na íntegra pela Constituição Federal, art. 199; Lei 8.080/90, arts. 24 e seguintes; Lei 8.666/93 e alterações e demais normas da legislação vigente aplicável.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO TETO FINANCEIRO**

O valor mensal do teto financeiro será de até R\$ \_\_\_\_\_, apurado mediante a aplicação dos critérios técnicos descritos no Edital de Chamada Pública nº 018/2015.

### **CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

A despesa decorrente deste contrato correrá por conta do Orçamento Fiscal de 2015 do Fundo Municipal de Saúde de Florianópolis, conforme descrito na Cláusula Terceira deste Termo, com as seguintes características:

Órgão:

Funcional:

Projeto/Atividade:

Elemento da Despesa:

Fonte de Recursos:

### **CLÁUSULA QUINTA – DAS CONDIÇÕES DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

A prestação dos serviços deverá ocorrer conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no Edital:

a. Realizar os procedimentos descritos no Termo de Referência, constante no Anexo 1 deste Edital;

b. Apresentar a documentação exigida neste Edital;

c. Integrar-se ao SISREG – Sistema Nacional de Regulação e ao 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;

d. Só poderão participar prestadores de serviços com sede em Florianópolis;



e. Atender aos pacientes agendados pelo SISREG, da rede municipal de saúde de Florianópolis, através do Complexo Regulador Municipal e/ou dos municípios da Região da Grande Florianópolis, em dias e horário previamente acordados com a Gerência de Regulação e validados pela Diretoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria e Diretoria de Média Complexidade, com garantia de atendimento integral em todos os níveis de complexidade contratualizados e de acordo com os tetos físico e financeiro, programado para cada grupo de procedimentos;

f. Adequar os impressos utilizados pela Clínica, como: receituários, requisição de exames e formulários de encaminhamentos para procedimentos cirúrgicos, de acordo com as normas do Ministério da Saúde e de acordo com a nomenclatura definida na Tabela de Procedimentos do SUS, para que todos os procedimentos requeridos pelo especialista sejam devidamente agendados e o acesso garantido;

g. Todos os Encaminhamentos Médicos, solicitações de exames especializados originados pelo prestador, bem como todas as solicitações de cirurgias deverão obedecer aos conceitos de acesso definidos no Protocolo de Acesso, anexo ao Termo de Referência deste Edital;

h. Os atendimentos realizados aos pacientes do SUS deverão ser registrados, obrigatoriamente, no Sistema de Registro Eletrônico de Saúde – INFOSAÚDE, assim como estarão disponíveis para consulta dos médicos, todo o histórico de saúde de cada paciente de Florianópolis;

i. Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento realizado aos pacientes do SUS, dos demais pacientes atendidos pelo prestador;

j. 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, ou comercial, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;

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 poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pela Comissão de Contratualização da Secretaria Municipal de Saúde;





m.A produção dos serviços prestados deverá ser registrada no Sistema de Informação Ambulatorial utilizado pelo Ministério da Saúde e apresentada mensalmente, até o 5º dia útil, do mês subsequente, ao Setor de Controle e Avaliação. Para fim de comprovação de registro de atendimento deve se manter arquivados os instrumentos de registros: Formulário de Agendamento do SISREG; Pedido Médico para Finalidade Diagnóstica em Radiologia; Cópia do Laudo; e Backup do arquivo do Sistema de Informação Ambulatorial.

n. Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da SMS durante a vigência do contrato;

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO**

a) O CONTRATADO deverá utilizar o Sistema SIA – Sistema de Informação Ambulatorial/SUS – Sistema Único de Saúde Sistema (SIA/SUS) 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 III;

b) O arquivo SIA deverá ser encaminhado por email ([processamento.sms.fpolis@gmail.com](mailto:processamento.sms.fpolis@gmail.com)) e os relatórios de produção física deverão ser entregue a Gerência de Controle, Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, devidamente assinados pelo responsável técnico. Ambos encaminhar até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço;

c) 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), conforme cronograma do Ministério da Saúde;

d) A partir da liberação do valor do empenho da produção pelo setor financeiro, a Gerência de Controle e Avaliação comunicará ao prestador o valor da Nota Fiscal para recebimento e seu respectivo “aceite”, encaminhando posteriormente ao Departamento Administrativo Financeiro para efetuar o pagamento;

e) O pagamento será efetuado através da apresentação da Nota Fiscal, em reais, devidamente conferida e aceita pela CONTRATANTE, mediante depósito em conta bancária, correspondente aos serviços efetivamente prestados.



**Parágrafo Único:** A Nota Fiscal será emitida com o valor correspondente ao relatório de crítica emitido mensalmente pela CONTRATANTE, utilizando-se o Sistema SIA – Sistema de Informação Ambulatorial/SUS – Sistema Único de Saúde Sistema (SIA/SUS) e o Sistema Nacional de Regulação – SISREG III.

### **CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES**

Pela inexecução total ou parcial do contrato a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções, sem prejuízo daquelas previstas no art. 87 da Lei Federal nº. 8.666/93:

- a) pelo atraso injustificado no fornecimento dos serviços, ficará a CONTRATADA sujeita a multa de 0,33% (zero vírgula trinta e três por cento) ao dia, do valor da obrigação, se o atraso for até 30(trinta) dias. Excedido este prazo, a multa será em dobro;
- b) pela inexecução total ou parcial do Contrato, a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à CONTRATADA as sanções previstas nos incisos I, II e IV do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93 e multa de 20%(vinte por cento) sobre o valor dos serviços não prestados;
- c) as multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a outra;
- d) multa correspondente à diferença de preço resultante da nova licitação realizada para complementação ou realização da obrigação não cumprida;
- e) aplicadas as multas, a CONTRATANTE descontará do primeiro pagamento que fizer à CONTRATADA, após a sua imposição.

### **CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE DE PREÇO**

Os preços serão sempre aqueles praticados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS”, e os reajustes aplicados aos procedimentos constantes na referida Tabela, também obedeceram às determinações do Ministério da Saúde.

### **CLÁUSULA NONA – DA SUSPENSÃO POR INTERESSE DA CONTRATANTE**

A CONTRATANTE poderá, a qualquer tempo, suspender a prestação dos serviços, ou de parte deles, desde que notifique por escrito à CONTRATADA, conforme preceitua a Lei n.º 8.666/93 em seu artigo 78, inciso XIV.



#### **CLÁUSULA DÉCIMA - GESTOR DO CONTRATO**

A CONTRATANTE designa o servidor **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** para atuar como fiscal responsável pela execução do presente contrato, conforme determina o artigo 67 da Lei nº. 8.666/93.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PRAZO E DA VIGÊNCIA**

O prazo do contrato terá vigência a partir da data de assinatura até **31 de dezembro de 2015**, podendo ser prorrogado através de Termos Aditivos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO**

O presente Termo deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Município de Florianópolis.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

Este contrato poderá ser alterado, exceto em seu objeto, nos casos previstos no artigo 65 da Lei nº 8.666/93, através de Termos Aditivos e por acordo entre as partes.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO CONTRATUAL**

O presente contrato poderá ser rescindido nos casos previstos no artigo 78 da Lei n.º 8.666/93, aplicando-se o disposto no seu artigo 77.

**Parágrafo Único:** Os casos da rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca da Capital do Estado de Santa Catarina, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões resultantes do presente contrato não resolvidas na esfera administrativa.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente contrato na data abaixo indicada, em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Florianópolis,



# PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS

---

CONTRATANTE

---

CONTRATADO