



Estado de Santa Catarina **MUNICÍPIO DE BELMONTE**

TERMO DE CREDENCIAMENTO CONTRATO Nº 36/2021

O **MUNICÍPIO DE BELMONTE/Fundo Municipal de Saúde de Belmonte**, pessoa jurídica de direito público, sito à rua engenheiro Francisco Passos, 133 inscrito no CNPJ nº 80.912.108/0001-90, neste ato representado por sua Gestora Sr^a. **SIMONE RADKE**, brasileira, portador do CPF nº 032.067.089-90 e residente e domiciliado na Rua Fiorelo Barbieri nº 33, cidade de Belmonte/SC, homologa o credenciamento da empresa: **INSTITUTO SANTÉ-HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA ITAPIRANGA**, inscrita no CNPJ sob nº08.776.971/0001-25, com sede na Rua São José, 306, CEP: 89.896-000, Centro, cidade de Itapiranga, Estado de Santa Catarina, representada por Diretor Senhor **Janir Luiz Bach**, brasileiro, solteiro, diretor, inscrito no RG sob o nº 2.942.757, expedido pela SSP/SC, e no CPF: 927.615.939-87 residente e domiciliado na Rua Santa Terezinha, 391, Centro Santa Terezinha do Progresso/sc, CEP: 89983-000, doravante denominada CREDENCIADA, na forma da Lei nº 8.666, de 23 de junho de 1993, e demais normas aplicáveis à espécie e do Edital de Credenciamento nº 06/2021, têm entre si justa acordada a prestação dos serviços mediante as cláusulas e condições a seguir exaradas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 CREDENCIAMENTOS PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO HOSPITALARES E/OU UNIDADE HOSPITALAR PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS GERAIS, DE OTORRINOLARINGOLOGIA, UROLOGIA E DE GINECOLOGIA E OUTROS PROCEDIMENTOS EM ATENDIMENTO A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO, DE FORMA COMPLEMENTAR AO SUS CONFORME LEI 1577/2017, TENDO PARAMETRO TABELA CIS – AMEOSC COM RECURSOS PRÓPRIOS.

1.2 - O Credenciado que aderir ao presente edital para execução dos serviços descritos no Termo de Referência, Anexo I, deverá dispor da Unidade Hospitalar para realização das cirurgias, em um raio de distância de 80 km da sede do Município de Belmonte/SC, conforme encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde;

1.2.1 – A limitação do Município para realização das cirurgias encontra justificativa na necessidade de otimizar a logística e reduzir os custos de transporte para com os pacientes, sendo assim melhorando a qualidade no pós-operatório.

1.2.2- Em caso de múltiplos credenciados o agendamento será elaborado pela Unidade Hospitalar, evitando conflito de data no uso do Bloco Cirúrgico.

1.2.3 O Credenciante repassará uma Autorização Internação Hospitalar – AIH à Unidade Hospitalar;

Tel./Fax (49) 3625 0066

www.belmonte.sc.gov.br - e-mail: belmonte@belmonte.sc.gov.br

Rua Eng. Francisco Passos, 133 - CNPJ 80.912.108/0001-90 - CEP 89925-000 - Belmonte (SC)



Estado de Santa Catarina MUNICÍPIO DE BELMONTE

1.3 - Os valores a serem pagos pelos serviços prestados estão especificados no Termo de Referência, Anexo I.

1.4 - Durante a vigência do Credenciamento poderá, mediante a conveniência da Administração Municipal, ser aditado o objeto do mesmo.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS SERVIÇOS

2.1 A contratação das credenciadas se dará da seguinte forma:

- Aprovado o credenciamento o Credenciado será convocado a assinar o Termo de Credenciamento;
- Mediante a demanda para realização das cirurgias será ofertado ao paciente ou representante legal a opção de escolha entre os credenciados e efetuado o devido agendamento;

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS VALORES, FATURAMENTO E PAGAMENTO.

3.1 O preço referente à prestação dos serviços, serão aqueles praticados pelo Fundo Municipal de Saúde de Belmonte impreterivelmente:

Item	Quantidade	Unid.	Marca	Descrição	Preço Unit. Máximo	Preço Total
1	24,00	UN		ANESTESIA GERAL E REGIONAL CÓDIGO SUS: 04.17.01.004-4; 04.17.01.005-2	300,00	7.200,00
2	2,00	UN		HEMORROIDECTOMIA CÓDIGO SUS: 04.07.02.028-4	400,00	800,00
3	2,00	UN		HERNIOPLASTIA UMBILICAL CÓDIGO SUS: 04.07.04.012-9	500,00	1.000,00
5	6,00	UN		COLECISTECTOMIA CÓDIGO SUS: 04.07.03.002-6	500,00	3.000,00
7	7,00	UN		HERNIOPLASTIA INGUINAL CRURAL (UNILATERAL) CÓDIGO SUS: 04.07.04.010-2	500,00	3.500,00
8	2,00	UN		CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO CÓDIGO SUS: 04.09.06.004-6	500,00	1.000,00
9	3,00	UN		HISTERECTOMIA TOTAL CÓDIGO SUS: 04.09.06.013-5	500,00	1.500,00
10	2,00	UN		COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR CÓDIGO SUS: 04.09.06.002-0	500,00	1.000,00
15	1,00	UN		RESSECÇÃO GLANDULAR SALIVAR CÓDIGO SUS: 04.04.02.007-0	500,00	500,00
17	13,00	UN		CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - CIRURGIA GERAL CÓDIGO SUS: 03.01.01.007-2	100,00	1.300,00
18	24,00	UN		CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - ANESTESIOLOGIA CÓDIGO SUS: 03.01.01.007-2	100,00	2.400,00

Tel./Fax (49) 3625 0066

www.belmonte.sc.gov.br - e-mail: belmonte@belmonte.sc.gov.br

Rua Eng. Francisco Passos, 133 - CNPJ 80.912.108/0001-90 - CEP 89925-000 - Belmonte (SC)



Estado de Santa Catarina MUNICÍPIO DE BELMONTE

Total	23.200,00
--------------	-----------

3.2 O Credenciante pagará os valores acima especificados por consulta e cirurgia realizada e repassará uma Autorização Internação Hospitalar – AIH à Unidade Hospitalar indicada para a internação do paciente

3.3 Os valores serão reajustadas a partir de 12 meses da publicação do presente edital tendo como índice indexador o IPCA, acumulado nos últimos 12 meses.

3.3.1 Os valores não serão reajustados antes de decorridos 12 (doze) meses, contados da assinatura do Termo de Credenciamento, salvo por força de disposição legal, especialmente quando comprovadas as situações descritas no art. 65, II, “d”, da Lei nº 8.666/93.

3.4 No preço ajustado entre as partes estão inclusas todas as despesas que influam nos custos.

3.5 O Credenciado deverá encaminhar ao Município, até o ultimo dia de cada mês a Nota Fiscal acompanhada dos seguintes documentos:

3.6 Guia Autorizada pelo Município, complementada com a descrição do procedimento realizado, a data do atendimento, a assinatura do paciente atendido e o carimbo e a assinatura do médico que realizou o atendimento/procedimento.

3.7 O pagamento será efetuado até o dia 10(dez) dias do mês subsequente ao da prestação dos serviços, mediante depósito em conta corrente indicada pelo prestador dos serviços.

CLÁUSULA QUARTA - DA DESPESA

4.1 As despesas decorrentes das contratações realizadas a partir deste edital de credenciamento correrão por conta das Dotações Orçamentárias abaixo discriminadas, do exercício de 2021:

Órgão	10	Secretaria Municipal de Saúde
Unidade	01	Fundo Municipal de Saúde - FMS
Proj./Ativ.	2.040	Manutenção programa média e alta complexidade
Despesa/Elemento	(4) 3.3.90	Aplicações Diretas

CLÁUSULA QUINTA - DAS RESPONSABILIDADES DAS PARTES

5.1 Ao credenciado competirá:

- Realizar os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional dos usuários do SUS.
- Fornecer gratuitamente todos os medicamentos que o paciente necessitar no ambiente hospitalar.



Estado de Santa Catarina MUNICÍPIO DE BELMONTE

- Garantir o fornecimento dos materiais necessários às cirurgias, incluindo nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização dos procedimentos.
- Não cobrar e não permitir a cobrança de complementação, a qualquer título, por serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde, sob pena de ressarcimento ao paciente ou representante legal do valor cobrado, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, sem prejuízo da aplicação da penalidade de descredenciamento e demais cominações legais.
- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- Oferecer suporte imediato a possíveis complicações pós-operatórias; garantia de internação prolongada em casos de complicações pós-cirúrgicas e material necessário às cirurgias, previstos na Tabela do SUS.
- Manter sempre atualizado os prontuários médicos dos pacientes;
- Responder integralmente pelos funcionários com os quais mantém vínculo empregatício, procedendo aos descontos e recolhimentos previstos em lei, inclusive os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao Município.
- Responder pela indenização de danos causados ao paciente, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticado por seus empregados, ficando assegurado o direito de regresso.
- Manter durante o credenciamento as condições de habilitação e qualificação exigidas no Edital de Chamamento.
- Responder pelos danos causados diretamente ao Município, aos municípios e a terceiros, por culpa ou dolo durante a vigência do Termo de Credenciamento.
- Manter profissionais qualificados em seu quadro de colaboradores.
- Submeter-se à Fiscalização do Município e às disposições legais em vigor.
- Assegurar a presença de acompanhante aos pacientes menores de idade e acima de 60 anos, bem como aos que necessitem de acompanhamento ou atenção contínua, mediante prévia e expressa justificativa médica.
- Encaminhar a Nota Fiscal e os documentos exigidos no prazo estabelecido neste Termo de Credenciamento.



Estado de Santa Catarina MUNICÍPIO DE BELMONTE

- Comunicar imediatamente ao Município qualquer alteração ocorrida no seu endereço, conta bancária e outras julgadas necessárias para recebimento de correspondência e afins.
- Comunicar ao Município, por escrito, qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos julgados necessários.
- Prestar os serviços apenas mediante agendamento do Fundo Municipal de Saúde de Belmonte;
- Dispor de Unidade Hospitalar para realização de cada cirurgia em plenas condições;
- Dispor dos serviços de anestesia, sob sua total responsabilidade;
- Responsabilizar-se integralmente pelo fiel cumprimento dos serviços contratados.
-

5.2 Ao Credenciante competirá:

- Organizar a demanda local, por meio do cadastramento dos pacientes com indicação cirúrgica, respeitando as prerrogativas da legais.
- Exercer o controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados.
- Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos Credenciados.
- Fiscalizar o cumprimento das obrigações dos Credenciados, inclusive quanto à não interrupção dos serviços prestados, alertando-os das falhas que porventura ocorram e exigindo sua imediata correção.
- Destacar na Guia de Autorização de Encaminhamento de Pacientes, o código e o valor da AIH correspondente ao procedimento médico a ser realizado pelos profissionais da instituição credenciada.
- Efetuar o pagamento ao credenciado em função dos serviços prestados de acordo com os valores fixados, no prazo previsto neste edital;
- Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e ralações de serviços apresentados;
- Fiscalizar o cumprimento das disposições deste edital e da prestação dos serviços, bem como esclarecer eventuais dúvidas;
- Repassar uma Autorização Internação Hospitalar – AIH à Unidade Hospitalar indicada para realização da cirurgia;
- Efetuar o encaminhamento e transporte dos pacientes para realização das cirurgias.

CLÁUSULA SEXTA – DO DESCREDECIAMENTO

6.1 Constituem motivo para o descredenciamento:

Tel./Fax (49) 3625 0066

www.belmonte.sc.gov.br - e-mail: belmonte@belmonte.sc.gov.br

Rua Eng. Francisco Passos, 133 - CNPJ 80.912.108/0001-90 - CEP 89925-000 - Belmonte (SC)



Estado de Santa Catarina MUNICÍPIO DE BELMONTE

- a) Deixar de promover a atualização dos documentos de habilitação ou incorrer em situação de irregularidade fiscal;
- b) Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica, fiscal do credenciado;
- c) Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional do trabalho;
- d) Nas hipóteses previstas no art. 78 da Lei n.º 8.666/93.
- e) O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que requerido com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOCUMENTAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

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

7.2 O presente Termo de Credenciamento tem como fundamentação legal o “caput” do art. 25, da Lei nº 8.666/93, o Edital de Credenciamento nº 06/2021.

CLAUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA

8.1. O presente Termo de Credenciamento vigorará até 31 de dezembro de 2021, a contar de sua assinatura, sendo que o edital de Credenciamento 06/2021 permanecerá aberto para renovação do credenciamento a qualquer tempo.

8.1.1. O prazo acima fixado será prorrogado automaticamente, não havendo disposição em contrário por qualquer das partes signatárias, por iguais e sucessivos períodos, até o total de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA NONA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

9.2 Os casos omissos no presente Termo de Credenciamento serão analisados sob os aspectos da Lei nº 8.666/93.



Estado de Santa Catarina
MUNICÍPIO DE BELMONTE

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10.1 Fica eleito o foro da Comarca de Belmonte para dirimir qualquer dúvida oriunda deste Termo, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

10.2 E, para firmeza e como prova de assim haverem ajustado, foi lavrado o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, assinadas pelas partes e por duas testemunhas.

Belmonte/SC, 11 de outubro de 2021.

SIMONE RADKE
Gestora FMS

Janir Luiz Bach
INSTITUTO SANTÉ-HOSPITAL SAGRADA

FAMÍLIA ITAPIRANGA

Testemunha: _____

Testemunha: _____

CPF: _____

CPF: _____

DECLARO que sou Gestor/Fiscal do presente Contrato, de conformidade com o Decreto Municipal nº 003/2021 nde 04 de janeiro de 2021, recebi uma cópia e estou in-cumbido de fiscalizar e gerir o cumprimento deste no que se refere a Secretaria a qual estou vinculado.

Juliana Scaranti
Assessor de Secretaria
Matrícula nº 1211/01

DECLARO que sou Gestor/Fiscal do presente Contrato, de conformidade com o Decreto Municipal nº 003/2021 nde 04 de janeiro de 2021, recebi uma cópia e estou in-cumbido de fiscalizar e gerir o cumprimento deste no que se refere a Secretaria a qual estou vinculado.

CLAUDINEIA MISTURA
AUX. ADMINISTRATIVO
Matrícula nº 644/01

TEREZINHA DE FÁTIMA PEREIRA KLEIN

Assessor Jurídico

OAB/SC nº. 36.087

Tel./Fax (49) 3625 0066

www.belmonte.sc.gov.br - e-mail: belmonte@belmonte.sc.gov.br

Rua Eng. Francisco Passos, 133 - CNPJ 80.912.108/0001-90 - CEP 89925-000 - Belmonte (SC)