



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 001/2018

O **Fundo Municipal de Saúde de Itaiópolis**, torna público que estará recebendo na Prefeitura Municipal, situada na Avenida Getúlio Vargas, nº 308, Centro, 3º andar, **até 31 DE OUTUBRO DE 2018, DOCUMENTAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS E FILANTRÓPICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, para a prestação de serviços de **forma complementar** ao SUS, conforme adiante elencada e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

#### 1 – DO OBJETO:

Contratação de Unidades Privadas de saúde, (com ou sem fins lucrativos) e Filantrópicas, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com o Fundo Municipal de Saúde de Itaiópolis, para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Itaiópolis, conforme disposto na Constituição Federal, Leis 8.666/93, 8.080/90 e 8.142/90, Normas Operacionais nº 01/96 (NOB 01/96), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 01/02) e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração do **CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTOS FISIOTERÁPICOS**, como segue:

CODIGO SUS	PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS	VALOR UNITÁRIO R\$
03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré/pós cirurgias uroginecológicas.	6,35
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67
03.02.02.001-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com cuidados paliativos	6,35
03.02.02.002-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico	4,67
03.02.02.003-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós cirurgia oncológica.	6,35
03.02.03.001-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico.	6,35
03.02.03.002-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas	4,67
03.02.04.001-3	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios c/ complicações sistêmicas	6,35
03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos	4,67



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

	respiratórios s/complicações Sistêmicas	
03.02.04.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular	4,67
03.02.04.004-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular	6,35
03.02.04.005-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções vasculares periféricas	4,67
03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas	6,35
03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações motoras	4,67
03.02.06.001-4	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético- funcionais sem complicações sistêmicas	4,67
03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas	6,35
03.02.06.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com desordens do desenvolvimento neuro motor	4,67
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo	6,35
03.02.06.005-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós operatório de neurocirurgia	6,35
03.02.07.001-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado	4,67
03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados)	4,67

## 2 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

2.1. Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da primeira publicação do presente instrumento;

2.2. Serão considerados credenciados os prestadores de serviços pessoa jurídica, que apresentarem os Documentos enumerados no item 3.1 deste instrumento;

2.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na Secretaria Municipal de Saúde de Itaiópolis e/ou acessar o site [www.itaiopolis.sc.gov.br](http://www.itaiopolis.sc.gov.br) ;

2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Secretaria Municipal de Saúde de Itaiópolis, na Prefeitura Municipal, n.308, 3º andar, Centro, no horário das 08:00 às 11:30h e das 13:30 às 16:30h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Licitações



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### 3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

3.1. Para credenciamento– Pessoa Jurídica – deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;
- b) Cartão do CNPJ;
- c) Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- d) Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho;
- e) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- f) Diploma do Curso de Fisioterapia;
- g) Registro no Conselho Regional de Fisioterapia;
- h) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- i) Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei, abrangendo as contribuições sociais;
- j) Certidão negativa de débito com o FGTS;
- k) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. **(CNDT)**.
- l) Certidão negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
- m) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- n) Licença Sanitária do estabelecimento;
- o) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clínica e relação de equipamentos;**
- p) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;

### 4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- a) O controle da cota física e financeira dos procedimentos fisioterápicos contratados será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) A contratada deve possuir o estabelecimento no perímetro do Município de Itaiópolis/SC, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliário, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários aos atendimentos fisioterápicos.

### 5 – DO PAGAMENTO



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS**

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

O pagamento pelos serviços prestados pela empresa credenciada será efetuado mensalmente, em até 15 (quinze) dias do mês subsequente à prestação dos serviços pelo valor estipulado neste edital, mediante apresentação de nota fiscal de prestação de serviços juntamente com a relação nominal dos procedimentos e requisições assinadas pelos pacientes.

### **6 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS**

A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados levará em conta a demanda de pacientes e a disponibilidade da programação física mensal estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

### **7 – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**

Uma vez habilitado a empresa, o processo será encaminhado à Secretaria Municipal de Administração que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos no art. 26 da lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

### **8 – FORMALIZAÇÃO**

Realizados os procedimentos previstos, o habilitado será convocado para assinatura do instrumento contratual próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

### **09 - INFORMAÇÕES**

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (47)3652-2211 (Departamento de Licitações) na Prefeitura Municipal.

Município de Itaiópolis, 26 de setembro de 2018.



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO I

#### REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Itaiópolis.

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços médicos na especialidade de Fisioterapia, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. **001/2018**, anexando a este requerimento os seguintes documentos.

- a) Cartão do CNPJ;
- b) Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- c) Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho;
- d) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- e) Diploma do Curso de Fisioterapia;
- f) Registro no Conselho Regional de Fisioterapia;
- g) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- h) Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei, abrangendo as contribuições sociais;
- i) Certidão negativa de débito com o FGTS;
- j) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. **(CNDT)**.
- k) Certidão negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
- l) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- m) Licença Sanitária do estabelecimento;
- n) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clínica e relação de equipamentos;**
- o) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;

Razão Social: .....

Endereço Comercial :.....

Cidade:..... Estado: ..... CEP:.....

( Local e Data).

.....  
Assinatura devidamente identificada



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO II

#### MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º ..... / 2018

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o **Fundo Municipal de Saúde de Itaiópolis, Estado de Santa Catarina**, inscrito no CNPJ sob n.º 10.817.032/0001-234, aqui representado por seu Secretário Municipal de Saúde Sr. Felipe Tavares, portador do CPF n.º 046.596.069-37, residente e domiciliado nesta cidade de Itaiópolis, adiante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado como **CONTRATADA**, ....., inscrita no CNPJ sob n.º ....., situado à rua ....., representada neste ato por seu(ua) sócio administrador(a) ..... inscrito(a) CPF sob n.º ....., residente e domiciliado(a) na rua ....., tem justo e acordado o adiante exposto em cláusulas e condições:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA:

#### OBJETO E VALOR: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FISIOTERAPICOS

CODIGO SUS	PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS	VALOR UNITÁRIO R\$
03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré/pós cirurgias uroginecológicas.	6,35
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67
03.02.02.001-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com cuidados paliativos	6,35
03.02.02.002-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico	4,67
03.02.02.003-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós cirurgia oncológica.	6,35
03.02.03.001-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico.	6,35
03.02.03.002-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas	4,67
03.02.04.001-3	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios c/ complicações sistêmicas	6,35
03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios s/complicações Sistêmicas	4,67
03.02.04.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular	4,67
03.02.04.004-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia	6,35



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

	cardiovascular	
03.02.04.005-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções vasculares periféricas	4,67
03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas	6,35
03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações motoras	4,67
03.02.06.001-4	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético- funcionais sem complicações sistêmicas	4,67
03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas	6,35
03.02.06.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios do desenvolvimento neuro motor	4,67
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo	6,35
03.02.06.005-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós operatório de neurocirurgia	6,35
03.02.07.001-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado	4,67
03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados)	4,67

### CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES

#### I - DO CONTRATANTE

- Encaminhar as solicitações através das Unidades Básicas de Saúde e/ou pelo Setor de Controle e Avaliação da Secretaria da Saúde;
- Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através do Setor de Controle e Avaliação da Secretaria da Saúde;
- Efetuar o pagamento em até 15 (quinze) dias do mês subsequente ao da prestação de serviços, mediante apresentação de nota fiscal de prestação de serviços juntamente com a relação nominal dos procedimentos e requisições assinadas pelos pacientes.

#### II - DA CONTRATADA:

- Realizar as sessões requisitadas, na sede de sua clínica, devidamente equipada;
- Realizar os procedimentos contratados sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS;



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

c) A empresa contratada será responsável pelo material e equipamentos necessários para a realização dos procedimentos de Fisioterapia a serem realizados, incluindo nesse caso, todo e qualquer tipo de material ou pessoal especializado, imprescindível para a realização do objeto contratado, os equipamentos de proteção individual (EPI) e capacitações relacionadas ao serviço.

d) As Requisições de procedimentos de fisioterapia, deverão ficar em posse do paciente até a data da realização do solicitado, quando deverá ser assinado, no verso, pelo paciente.

e) Remeter ao final de cada mês ao Setor de Controle e Avaliação da Secretaria da Saúde as notas fiscais de prestação de serviços;

### **CLÁUSULA TERCEIRA: VALOR CONTRATUAL E PAGAMENTO**

Atribui-se ao presente contrato, conforme proposta de preços apresentada pelo contratado o valor global de R\$ ..... (.....).

**Parágrafo Primeiro:** As despesas referentes ao presente termo correrão pela seguinte dotação orçamentária:

3.3.90.00.00 (309) Manutenção do Fundo Municipal de Saúde.

3.3.90.00.00 (330) Programa de Média e Alta Complexidade - MAC

### **CLÁUSULA QUARTA: PRAZO**

O presente contrato tem duração de 12 (doze) meses a contar da data de assinatura, podendo ser prorrogado por outros períodos, de acordo com o ano orçamentário, mediante **Termo Aditivo**, ficando adstrita a vigência dos respectivos créditos orçamentários limitado a 60 (sessenta) meses.

### **CLÁUSULA QUINTA: INSTRUMENTOS DE CONTROLE**

O contrato contará com uma Comissão Técnica de Acompanhamento, que se reunirá periodicamente para acompanhar sua execução, principalmente no tocante ao cumprimento das metas físicas e financeiras, e na avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários.

A existência da Comissão mencionada nesta cláusula não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (federal, estadual, municipal).

### **CLÁUSULA SEXTA: RESCISÃO**

Constituem motivos para rescisão do presente contrato, o não cumprimento de qualquer das suas cláusulas ou condições, bem como os motivos previstos na Lei 8.666/93.



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

**§ Único** - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 a 60 dias para ocorrer a rescisão.

### CLÁUSULA SÉTIMA: DOS ENCARGOS

O presente contrato não importa em vínculo empregatício de qualquer natureza, correndo por conta da CONTRATADA, todos os encargos de natureza trabalhista, previdenciária e securitária.

### CLÁUSULA OITAVA: FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Itaiópolis/SC para dirimir qualquer questão referente ao presente contrato.

E por assim haverem livremente acordado, as partes assinam o presente em três vias, para um só efeito legal, juntamente com duas testemunhas.

Itaiópolis/SC, ... de .... de 2018.

\_\_\_\_\_  
**FELIPE TAVARES**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**CONTRATADO**

Testemunhas:

NOME/RG \_\_\_\_\_

NOME/RG \_\_\_\_\_



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38 Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO III

### MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

### DECLARAÇÃO

(Razão Social ..... ) com sede a (.....endereço completo.....)  
através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito  
no R.G. nº .....( ) e no CPF/MF nº (.....) DECLARA para fins de  
credenciamento junto a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Itaiópolis, Estado de  
Santa Catarina que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder  
judicialmente pelas inconsistências das informações.

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Assinatura devidamente identificada

Nome:



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO II

#### FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO

<b>CODIGO SUS</b>	<b>PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS</b>	<b>VALOR UNITÁRIO R\$</b>
03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré/pós cirurgias uroginecológicas.	6,35
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67
03.02.02.001-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com cuidados paliativos	6,35
03.02.02.002-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico	4,67
03.02.02.003-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós cirurgia oncológica.	6,35
03.02.03.001-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico.	6,35
03.02.03.002-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas	4,67
03.02.04.001-3	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios c/ complicações sistêmicas	6,35
03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios s/complicações Sistêmicas	4,67
03.02.04.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular	4,67
03.02.04.004-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular	6,35
03.02.04.005-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções vasculares periféricas	4,67
03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas	6,35
03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações motoras	4,67
03.02.06.001-4	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético- funcionais sem complicações sistêmicas	4,67
03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios	6,35



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

	neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas	
03.02.06.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios do desenvolvimento neuro motor	4,67
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo	6,35
03.02.06.005-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós operatório de neurocirurgia	6,35
03.02.07.001-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado	4,67
03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados)	4,67

Valor unitário com base na tabela SUS/SIGTAP em 19/09/2018

**O valor mensal máximo autorizado será de 2.000,00 (dois mil reais) a ser dividido entre os prestadores habilitados, podendo ser executado qualquer um dos procedimentos acima especificado.**

O prazo de execução dos serviços será de 12(doze) meses a contar da data da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado por outros períodos, de acordo com o ano orçamentário, mediante **Termo Aditivo**, ficando adstrita a vigência dos respectivos créditos orçamentários limitado a 60 (sessenta) meses.

-----

(assinatura, carimbo e/ou identificação digitada do nome do representante legal)



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1787

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO V

### MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

#### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AS NECESSIDADES FÍSICAS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

(Razão Social ..... ) com sede a (.....endereço completo.....)  
através de seu Responsável Legal,  
Sr.....inscrito no R.G. nº .....( )  
e no CPF/MF n.º (.....) DECLARA para fins de PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS  
FISIOTERÁPICOS junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Itaiópolis, Estado de  
Santa Catarina que possuímos instalações adequadas a prestação do serviços, com os  
seguintes equipamentos e pessoal técnico:

Equipamentos:

- 
- 
- 
- 

Pessoal Técnico:

- 
- 
- 

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.