



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000

ITAIÓPOLIS - SC

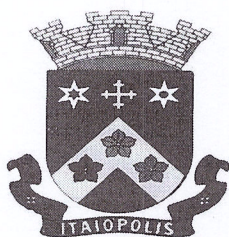
EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 003/2018

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 21 DE JANEIRO DE 2019, 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
03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré/pós cirurgias uroginecológicas.	
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	
03.02.02.001-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com cuidados paliativos	
03.02.02.002-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico	
03.02.02.003-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós cirurgia oncológica.	
03.02.03.001-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico.	
03.02.03.002-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas	
03.02.04.001-3	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios c/ complicações sistêmicas	



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000

ITAIÓPOLIS - SC

03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios s/complicações Sistêmicas	
03.02.04.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular	
03.02.04.004-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular	
03.02.04.005-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções vasculares periféricas	
03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas	
03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações motoras	
03.02.06.001-4	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético- funcionais sem complicações sistêmicas	
03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas	
03.02.06.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com desordens do desenvolvimento neuro motor	
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo	
03.02.06.005-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós operatório de neurocirurgia	
03.02.07.001-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado	
03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados)	

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 Itaipópolis e/ou acessar o site www.itaiopolis.sc.gov.br ;

2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Secretaria Municipal de Saúde de Itaipópolis, 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) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

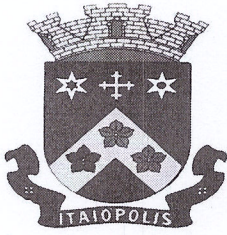
3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

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 Itaipópolis/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.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38 Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

5 – DO PAGAMENTO

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, 29 de novembro de 2018.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

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;

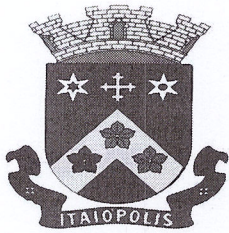
Razão Social:

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) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

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.	
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	
03.02.02.001-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com cuidados paliativos	
03.02.02.002-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico	
03.02.02.003-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós cirurgia oncológica.	
03.02.03.001-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico.	
03.02.03.002-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas	
03.02.04.001-3	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios c/ complicações sistêmicas	
03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtornos respiratórios s/complicações Sistêmicas	
03.02.04.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular	



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000

- ITAIÓPOLIS - SC

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

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) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

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) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

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.



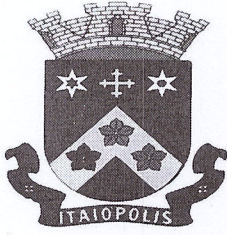
FELIPE TAVARES
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
CONTRATANTE

CONTRATADO

Testemunhas:

NOME/RG _____

NOME/RG _____



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

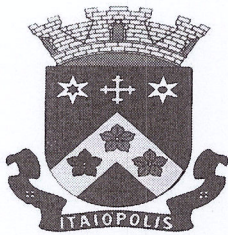
DECLARAÇÃO

(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) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000

- ITAIÓPOLIS - SC

ANEXO II

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO

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



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

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 desordens do desenvolvimento neuro motor	
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo	
03.02.06.005-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós operatório de neurocirurgia	
03.02.07.001-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado	
03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados)	

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) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

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.