



Diário Oficial
Municípios de Santa Catarina

Sexta-feira, 22 de março de 2024 às 15:00, Florianópolis - SC

PUBLICAÇÃO

**Nº 5786333: EDITAL Nº. 002-2024 CHAMAMENTO SERVIÇO
DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO - SDVO**

ENTIDADE

CISAMREC - Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMREC



<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/?q=id:5786333>

CIGA - Consórcio de Inovação na Gestão Pública
Rua Gen. Liberato Bittencourt, n.º 1885 - Sala 102, Canto - CEP 88070-800 - Florianópolis / SC
<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br>





EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/CISAMREC/2024 P.A. Nº 008/CISAMREC/2024

CRENCIAMENTO UNIVERSAL PESSOAS JURÍDICA SERVIÇO DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC-CISAMREC**, por seu Diretor Executivo, no uso legal de suas atribuições, com fundamento na Constituição Federal, na lei nº. 11.107/2005 e no seu Contrato de Consórcio, torna público a realização de **Chamamento Público para Credenciamento Universal de Pessoas Jurídicas, para prestação de Serviços de Declaração de Óbito, Verificação de Óbitos e Esclarecimento da Causa Mortis**, com fulcro no Processo Administrativo supra, de inexigibilidade de licitação, conforme dispõe o Art. 74, inciso IV, c/c Art. 79, I e ss, da Lei nº 14.133/2021, que reger-se-á pelos dispositivos na Lei Federal nº 14.133/2021, da Resolução nº. 017/CISAMREC/2023, da Lei Federal nº. 6.015/1973, da Resolução CFM nº 1.779/2005, do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Portaria MS nº. 1.405/2006 e Portaria nº 116/2009, Ministérios da Saúde, e demais legislações e normatizações correlatas, e pelos termos e condições estabelecidos neste edital, no termo de credenciamento e demais documentos anexos, a seguir:

1. OBJETO

1.1. O presente edital tem como objeto o credenciamento universal de pessoas jurídicas para prestação de serviços especializados, que serão prestados de forma futura e eventual, de acordo com as demandas dos entes consorciados ao CISAMREC, compreendendo:

I – Serviço médico especializado de elucidação diagnóstica decorrente de morte natural domiciliar, com ou sem assistência médica, com emissão de Declaração de Óbito (DO), conforme estabelecido no Termo de Credenciamento anexo;

II - Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO), mediante procedimento de necropsias, decorrente de morte natural domiciliar sem elucidação diagnóstica, causa mortis desconhecida ou indeterminada, com a emissão da Declaração de Óbito;

1.2. Os procedimentos para credenciamentos e a sua remuneração são aqueles estabelecidos na **Tabela de Serviços de Declaração e Verificação de Óbito Nº 004/CISAMREC/2024**, do anexo I, deste edital.

1.3. As execuções dos serviços credenciados serão realizados, conforme o caso, na forma estabelecida no Termo de Credenciamento anexo e submetem-se as legislações correlatas, consignadas no preâmbulo deste Edital e no Termo de Credenciamento, nas legislações sanitárias federal, estadual catarinense e municipais, portarias e instruções normativas expedidas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, e legislações correlacionadas ao Serviço de Verificação de Óbito e Causas Mortis e de Declaração Óbito, e nos termos e condições deste Edital.

2. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO E CRENCIAMENTO

2.1. Poderão participar deste chamamento público as pessoas jurídicas de direito privado, cuja classificação de atividade econômica (CNAE) corresponda ao objeto deste Edital e, cumulativamente:



2.1.1. Possuam unidades de atendimento regularmente licenciadas e habilitada à realização dos procedimentos estabelecidos no objeto deste edital, e localizadas dentro da área geográfica de abrangência dos entes consorciados a esta instituição;

2.1.2. Ofereçam os serviços objetos deste Edital;

2.2. A pessoa jurídica interessada em credenciar-se para a realização dos serviços, objeto deste Edital, serão representadas pela(s) pessoa(s) física(s), conforme estabelece o seu contrato social ou documento equivalente, ou por mandatário legalmente constituído para este fim específico;

2.3. Não poderão se credenciar neste Chamamento Público, e caracterizará conflito de interesse, má-fé, concorrência desleal e inidoneidade para contratar com a administração pública, a pessoa jurídica que ofereça ou esteja prestando serviços aos entes da administração pública direta, indireta, órgãos públicos consorciados ao CISAMREC, bem como aqueles que, da mesma forma, ofereça ou esteja prestando serviços aos entes da administração pública direta, indireta, órgãos públicos e consórcios públicos da macrorregião sul catarinense, os mesmos objetos deste chamamento com preços inferiores aos referenciados nas tabelas do CISAMREC, cujo requerimento será analisado pela autoridade competente da Entidade, para o seu credenciamento.

3. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

3.1. O credenciamento será realizado mediante requerimento endereçado ao CISAMREC, contendo os procedimentos que serão credenciados, conforme objeto e demais documentos exigidos neste Edital;

3.1.1. O requerimento, e demais documentos necessários ao credenciamento, deverão ser enviados ao CISAMREC através do e-mail: **credenciamento@cisamrec.sc.gov.br**;

3.1.2. Salvo as certidões emitidas por órgãos oficiais (federal, estadual, municipal, judiciário, INSS, FGTS-CEF, dentre outros), com validade não superior a 60 (sessenta) dias), os demais documentos deverão ser legivelmente digitalizados dos originais, no formato Portable Document Format (PDF), podendo a administração do CISAMREC, a qualquer tempo, requerer a apresentação dos originais ou cópia autenticada por cartório competente, para conferência, que deverão ser entregues na Avenida Santos Dumont n. 1980, sala 01A, B. São Luiz, CEP: 88803-200, na cidade de Criciúma SC, para ratificação, conforme a seguir:

I - Cédula de identidade e Cadastro de Pessoa Física-CPF, do sócio administrador, ou representante legal, e dos profissionais vinculados ao objeto do presente edital;

II - Instrumento procuratório válido, outorgado ao representante legal, se for o caso;

III - Registro comercial, no caso de empresa individual;

IV - Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

V - Decreto de autorização, 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.

VI - Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica—CNPJ/ME;

VII - Prova de inscrição no cadastro de contribuinte municipal relativo ao domicílio ou sede do credenciado ou Alvará de localização vigente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto deste edital e do termo de credenciamento;



3.1.3. Certidão Negativa de Débitos (CND) ou Certidão Positiva de Débitos com Efeitos de Negativa (CPD-EN), comprovando a regularidade fiscal do prestador de serviços, tais como:

- I - CND de tributos Federais e da Dívida Ativa da União (Certidão Conjunta PGFN/RFB);**
- II - CNDs de tributos Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, na forma da lei;**
- III - Certidão de Regularidade Fiscal-CRF do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;**
- IV - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);**
- V - Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida, nos últimos 45 (quarenta e cinco) dias contados do protocolo do requerimento de cadastramento, pelo distribuidor da comarca da sede da pessoa jurídica e da filial, se este for o caso;**
- VI - Alvará sanitário vigente, da sede ou filial da credenciada, expedido pela vigilância sanitária competente, salvo se dispensado por força de legislação federal, estadual ou municipal;**
- VII - Declaração que contenha o nome dos profissionais que realizarão os atendimentos, suas profissões e especialidades, conforme o caso, e número do respectivo registro profissional de classe (CRM, CBO ou documento equivalente), assinada pelo responsável legal da empresa Requerente;**
- VIII - Certificado de especialidade médica em patologia, emitido pela Sociedade Brasileira de Patologia – SBP, no caso de credenciamento para a atividade de necropsia de serviço de verificação de óbito-SVO;**
- IX - Certificado de responsabilidade técnica emitido pelo Conselho Regional da categoria e do responsável técnico pela execução dos serviços, anexando cópia de documento com foto, do diploma, títulos, certificados, carteira profissional e currículo vitae resumido, dentre outros);**
- X - Registro da pessoa jurídica e física no respectivo Conselho de Classe da categoria;**
- XI – Dados bancários contendo o nome da instituição, número da agência, número da conta corrente em nome da pessoa jurídica Requerente;**
- XII - Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do município de localização ou protocolo de sua solicitação, se for o caso;**
- XIII - Declaração de não suspensão e de idoneidade para contratar com a administração pública, nos termos da lei nº. 14.133/2021;**
- XIV - Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988;**
- XV - Termo declaratório de responsabilidade técnica;**
- XVI - Declaração de utilização de endereço eletrônico para efeitos de recebimento de informações, comunicações, notificações e intimações administrativas;**
- XVII - Declaração de que não presta e não prestará os serviços credenciados, nos termos do item 2.3, por preço inferior ao estabelecidos na tabela do CISAMREC;**
- XVIII – Declaração de não parentesco com vínculo direto ou indireto, em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, e que seus sócios ou profissionais preposto não possuem vínculo direto ou indireto com o CISAMREC, cuja sede ou filial esteja localizada dentro de sua região de abrangência;**
- XIX - Outros documentos que poderão ser exigidos pela administração.**

3.1.4. Todos os documentos deverão ser assinados através de assinatura digital baseada em certificado digital emitido por autoridade certificadora credenciada na Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), ou assinatura eletrônica de uso pessoal e intransferível, mediante prévio cadastramento de acesso a sistemas operacionais de



usuários e senhas, para firmar documento eletrônico ou digital, ou por assinatura do portal GOV.BR (Lei nº 14.063/2020 c/c Resolução nº 012/CISAMREC/2020);

3.1.5. Todos os documentos deverão ser apresentados no formato PDF (Portable Document Format).

4. PROCEDIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

4.1. Mediante a apresentação de requerimento de credenciamento e dos documentos exigidos, conforme estabelece este edital e a minuta do termo de credenciamento, a pessoa jurídica será convocada para assinar o respectivo termo de credenciamento para a prestação de serviços contemplados na respectiva tabela;

4.2. O CISAMREC decidirá sobre o deferimento ou não no prazo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da entrega dos documentos, suspendendo-se a fluência deste prazo no caso de necessidade de complementação da documentação entregue ou por questões supervenientes;

4.3. A administração do CISAMREC observará a ordem de apresentação do requerimento para credenciamento;

4.4. A prestação dos serviços da pessoa jurídica credenciada será fiscalizada, pelos entes consorciados, que deverão comunicar ao CISAMREC de qualquer irregularidade, ou por representante da Administração do CISAMREC, anotando-se a tomada de medidas necessárias à regularização das situações, acaso constatadas;

4.5. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o credenciamento da pessoa jurídica que deixar de atender ao interesse dos municípios consorciados e/ou descumprir as obrigações e exigências estabelecidas no Edital e no respectivo Termo de Credenciamento.

5. VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

5.1. O presente edital de Chamamento Público entrará em vigor na data da sua publicação, no Diário Oficial dos Municípios-DOM/SC, e vigorará por prazo indeterminado para o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas, cujo término ocorrerá somente mediante recomendação do Conselho de Saúde do CISAMREC ou por ato resolutivo da administração do CISAMREC, devidamente justificado, e deliberado em Assembleia Geral;

5.2. O Termo de Credenciamento, decorrente deste chamamento público, iniciará a contar da publicação do seu extrato no Diário Oficial dos Municípios (DOM SC) e poderão ser prorrogados sucessivamente e automaticamente a cada exercício financeiro, limitado a 10 (anos) anos, a critério da administração, se as condições e os preços permanecerem vantajosos para a sua manutenção, permitida a negociação com os credenciados ou a extinção do termo de credenciamento, sem ônus para qualquer das partes, salvo o cumprimento, pela credenciada, de todos os serviços em andamento até a sua finalização, e do recebimento dos seus respectivos créditos;

5.3. A continuação da prestação dos serviços credenciados fica condicionada à vigência dos respectivos créditos orçamentários e ao repasse de cada município consorciado dos valores suficientes para a cobertura dos custos administrativos e operacionais do CISAMREC, bem como a comprovação, da credenciada, da sua regularidade fiscal, social e trabalhista, nos termos deste Edital e da Lei nº. 14.133/2021, e se persistem as condições técnicas e sanitárias;

5.4. Não comprovada a regularidade dos documentos exigidos neste edital e na lei nº. 14.133/2021, a relação jurídica poderá ser suspensa ou rescindida, observando-se, no que couber, as cláusulas e condição deste edital e do termo de credenciamento;



5.5. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da credenciada poderá ensejar a revisão das condições estipuladas ou o cancelamento do termo de credenciamento;

5.6. O termo de credenciamento também poderá ser cancelado ou reiniciado unilateralmente pelo CISAMREC por motivos supervenientes e caso o(s) procedimento(s) firmado(s) for excluído da Tabela por recomendação do Conselho de Saúde do CISAMREC, sem prejuízo dos procedimentos em cursos requeridos pelos municípios consorciados, não cabendo, no caso, qualquer tipo de indenização ou ônus ao CISAMREC e aos municípios consorciados.

6. PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado, mensalmente, subsequente ao mês dos serviços prestados, considerando o quantitativo de procedimentos efetivamente realizados aos municípios consorciados ao CISAMREC, e de acordo com os valores estipulados na respectiva Tabela consignada neste edital, na data da emissão da Ordem de Serviço-OS;

6.2. O pagamento será realizado até o 30º (trigésimo) dia após a apresentação da Nota Fiscal/fatura, que discriminará os serviços prestados e tributos pertinentes, e do boleto bancário, devidamente acompanhada do relatório da produção realizada no mês, das respectivas ordem(ns) de serviço(s) e comprovação dos serviços realizados devidamente reconhecidos e assinados pelo secretário de saúde ou gestor municipal da pasta correspondente e pela credenciada, bem como cópia(s) da(s) declaração(ões) de óbito (DO), e da ficha de investigação de óbito (autópsia verbal), se for o caso;

6.3. Os pagamentos serão realizados com base no quantitativo de procedimentos efetivamente realizados e de acordo com a Tabela correspondente e estarão sujeitos a comprovação da regularidade, fiscal social e trabalhista da credenciada, estabelecido neste Edital, sob pena de suspensão dos pagamentos, até que a regularidade seja comprovada;

6.4. Os pagamentos serão realizados mediante boleto bancário emitido pela credenciada. Caso não for emitido o respectivo boleto bancário, o pagamento será efetuado através de transferência bancária ou PIX, à crédito na conta da credenciada, por esta indicada, correndo por conta desta as despesas com tarifas bancárias, que poderá ser deduzida dos devidos créditos, salvo se houver isenção do banco ou instituição correspondente;

6.5. Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta de recursos financeiros, transferidos ao CISAMREC, provenientes dos municípios consorciados;

6.6. As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão atendidas por dotação orçamentária constante no exercício financeiro, a seguir:

Órgão: 01 – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC – CISAMREC

Unidade: 01 – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC – CISAMREC

Proj./Ativ.: 2.005 – Manutenção dos Serviços de Verificação de Óbito - SVO

Elem.: (7) 3.3.90.00.00.00.00.0000

7. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E DO REAJUSTE

7.1. Os valores dos procedimentos firmados neste instrumento somente serão reajustados por ato da administração do CREDENCIADOR, observando-se as ofertas e valores de mercado, com posterior ratificação em Assembleia Geral, do CISAMREC.

8. CONDIÇÕES PARA A EXECUÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

8.1. Os serviços credenciados deverão ser prestados, pela credenciada, no seu estabelecimento próprio, na forma remota ou *in loco*, conforme o caso, e sob única e



exclusiva responsabilidade da CREDENCIADA, conforme estabelecido no Termo de Credenciamento anexo, que passa a fazer parte deste Edital;

8.2. O(s) serviço(s) será(ão) prestado(s) pela CREDENCIADA, nos termos deste Edital e do Termo de Credenciamento anexo, por encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde do município correspondente, integrante do consórcio CREDENCIADOR, através de Ordem de Serviço-OS emitida pelo município correspondente no sistema informatizado próprio do CISAMREC, devidamente autorizada pela secretaria municipal de saúde correspondente;

8.3. A(s) Ordem(s) de Serviço(s)-OS, será(ão) emitida(s) pelo(s) municípios consorciados, de acordo com as suas demandas e indicações;

8.4. O CISAMREC se reserva do direito de fiscalizar a prestação dos serviços, podendo descredenciar e/ou cancelar o termo de credenciamento, conforme estabelecido neste Edital e no Termo de Credenciamento;

8.5. A CREDENCIADA não terá direito de exigir qualquer quantitativo físico ou financeiro mínimo para se credenciar;

9. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E PENALIDADES

9.1. A CREDENCIADA será responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

I - dar causa à inexecução parcial do credenciamento;

II - dar causa à inexecução parcial do credenciamento que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

III - dar causa à inexecução total do credenciamento;

IV - ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto credenciado sem motivo justificado, que deverá ser disponibilizado imediatamente a entrega da ordem de Serviço-OS;

V - apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o credenciamento ou prestar declaração falsa durante a sua execução;

VI - praticar ato fraudulento na execução do credenciamento;

VII - comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

VIII - praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento;

IX - praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

9.2. Serão aplicadas ao responsável pela(s) infração(ões) administrativa(s) previstas neste instrumento, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes, os danos que dela provierem para a Administração Pública, a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle, as seguintes sanções:

I - Advertência, que será aplicada quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave;

II - Multa de 0,5% (cinco décimos por cento) até 30% (trinta por cento) calculada sobre a média dos faturamentos realizados nos últimos 12 (doze) meses anteriores ao fato que ensejou a infração, aplicada à CREDENCIADA por qualquer das infrações administrativas previstas no *caput* do item 9.1;

III - Impedimento de licitar e contratar, que será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III e IV, do *caput* do item 9.1, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá a Contratada de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta dos entes federativos consorciados a esta entidade, pelo prazo máximo de 3 (três) anos;



IV - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos V, VI, VII, VIII e IX, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III e IV, do *caput* do item 9.1, que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção referida inciso III, do item 9.2, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos;

9.3. As sanções estabelecidas no item 9 e ss, será precedida de análise jurídica e observará as seguintes regras:

I - As sanções estabelecidas no Inciso IV, do item 9.2, será aplicada, exclusivamente, pelo Presidente, autoridade máxima a entidade;

II - As sanções estabelecidas no Inciso I, II e III, do item 9.2 será aplicada pelo Diretor executivo da entidade, autoridade competente das atribuições administrativas;

9.4. As sanções previstas nos incisos I, III e IV do item 9.2, poderão ser aplicadas cumulativamente com a prevista no inciso II do mesmo item;

9.5. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração à credenciada, além da perda desse valor, a diferença será cobrada da credenciada e, não ocorrendo o pagamento no prazo assinalado, sujeitar-se-á a execução judicialmente;

9.6. A aplicação das sanções previstas nesta Cláusula não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública ou ao ente consorciado, conforme o caso estabelecido neste instrumento ou na legislação correspondente;

9.7. A imposição das penalidades previstas nessa cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstância objetiva em que ocorreu e dela será notificada a CONTRATADA através da rede mundial de computadores, por e-mail por esta indicada, ou, alternativamente, outra forma capaz de caracterizar a mora;

9.8. A multa que vier a ser aplicada será comunicada à CREDENCIADA, e o respectivo montante será descontado pelo CREDENCIADOR dos pagamentos devidos, ficando garantido o pleno direito ao contraditório e ampla defesa em processo administrativo regular;

9.9. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não ilidirá o direito do CREDENCIADOR de exigir indenização pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para o CISAMREC, aos entes, seus funcionários/colaboradores, usuários e terceiros, sem prejuízo da responsabilidade criminal.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Não serão credenciadas as empresas que deixarem de atender quaisquer das disposições deste Edital;

10.2. Havendo necessidade a documentação enviada pela pessoa jurídica poderá ser complementada em prazo estipulado pelo CISAMREC, sob pena de não credenciamento;

10.3. Nenhuma pessoa jurídica credenciada fará jus a qualquer reivindicação ou indenização em caso de descredenciamento, seja por anulação ou revogação do presente chamamento público.

10.4. As comunicações, informações, notificações, intimações e imposições de penalidades demandadas pelo CREDENCIADOR, serão realizadas através da rede mundial de computadores (internet), no endereço eletrônico (e-mail) fornecido pela CREDENCIADA;



10.5. As manifestações, pedidos de informações, pedidos de reconsideração, defesas prévias e recursos administrativos emitidos pela CREDENCIADA serão recebidos pelo CREDENCIADOR, através da rede mundial de computadores (internet), no endereço eletrônico: **credenciamento@cisamrec.sc.gov.br**;

10.5.1. Em hipótese alguma será recebido documentos na forma física, salvo os documentos originais requeridos pela administração para conferência, nos termos estabelecidos no item 3.1.2.

10.6. O Termo de Credenciamento para a prestação de serviços de declaração e Verificação de Óbito, devidamente assinado pela requerente, caracterizará anuência das cláusulas e condições estabelecidas neste Edital e no Termo de Credenciamento;

10.7. Quaisquer elementos, informações e esclarecimentos relativos a este Edital de Chamamento Público poderão ser obtidos, de segunda a sexta-feira, na sede do CISAMREC, no horário das 08:00h as 12:00h e das 13:00h as 17:00h, localizada na Avenida Santos Dumont n.º 1.980, Sala 01A, B. São Luiz, em Criciúma SC, telefone n. 48-3045.3192, ou através do e-mail: **credenciamento@cisamrec.sc.gov.br**;

10.8. Este edital está disponível no site oficial do CISAMREC;

10.9. Os casos omissos neste Edital serão resolvidos conforme a legislação pertinente.

11. ANEXOS

11.1. Fazem parte deste edital:

I - Anexo I – Tabela de Serviços de Declaração e Verificação de Óbito;

II - Anexo II - Requerimento de credenciamento;

III - Anexo III - Declaração Unificada: Declaração de inexistência de fato impeditivo; de cumprimento do dispositivo do inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal de 1988; de responsabilidade técnica; de dados bancários; de utilização de endereço eletrônico; de conhecimento das informações e condições para o credenciamento; de não parentesco e inexistência de vínculo; de não oferta de procedimentos com preço inferior ao da tabela do CISAMREC

IV - Anexo IV - Termo declaratório de responsabilidade técnica;

V - Anexo V – Autorização para operação do sistema;

VI - Anexo VI – Declaração de capacidade instalada e disponibilidade;

VII - Anexo VII – Minuta do Termo de Credenciamento;

Criciúma SC, 22 de março de 2024.

ROQUE

SALVAN:4406

1056972

ROQUE SALVAN

Diretor Executivo do CISAMREC

Autoridade Competente

Assinado de forma digital por ROQUE

SALVAN:44061056972

Dados: 2024.03.22

14:54:13 -03'00'



ANEXO I

EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/CISAMREC/2024 CREDENCIAMENTO UNIVERSAL PESSOAS JURÍDICA SERVIÇO DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

TABELA nº 004/CISAMREC/2024 - RESOLUÇÃO nº 006/CISAMREC/2024				
SERVIÇO DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO Credenciamento Universal de Pessoas Jurídicas, para prestação de Serviços de Declaração e Verificação de Óbito, que serão prestados de forma futura e eventual, de acordo com as demandas dos entes consorciados ao CISAMREC				
ITEM	Código	Descrição dos serviços	Unidade	Valor do item R\$
1	03.01.05.009-0	ATENDIMENTO MÉDICO COM FINALIDADE DE ATESTAR ÓBITO (Serviço médico especializado de elucidação diagnóstica decorrente de morte natural domiciliar, com ou sem assistência médica, com emissão de Declaração de Óbito - D.O.)	UN	350,00
2	02.03.02.005-7	NECRÓPSIA (Serviço especializado de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO), mediante procedimento de necrópsias, decorrente de morte natural domiciliar sem elucidação diagnóstica, causa mortis desconhecida ou indeterminada, com a emissão da Declaração de Óbito - D.O.)	UN	1.200,00
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC - CISAMREC Av. Santos Dumont, 1980 – Sala 1A - São Luiz - 88.803-200 - Criciúma (SC) - CNPJ: 13.791.885/0001-36 - CNES: 7363443 Fone: 3045-3192 - - cisamrec@cisamrec.sc.gov.br				



ANEXO II – Modelo

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/CISAMREC/2024 CREDENCIAMENTO UNIVERSAL PESSOAS JURÍDICA SERVIÇO DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Empresa:			
CNPJ/MF nº.		Pessoa Jurídica: () Pública () Privada	
Endereço:		nº.	Sala:
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
Telefone: ()		()	
Representante legal:			
Carteira de Identidade:		CPF:	

Conforme documentos em anexo, vimos, através deste, requerer o CREDENCIAMENTO, dos procedimentos abaixo especificados, para prestação de serviço nos termos do Edital Chamamento Público nº 002/CISAMREC/2024, da tabela de Procedimentos de Serviços de Verificação de Óbito e do Termo de Credenciamento, conforme grupo, código e procedimento abaixo:

ITEM	Código	Descrição dos serviços

(Município) SC, xx de xxxxxxxx de 20XX.

NOME CREDENCIADA
(Nome - Representante legal)



PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

ANEXO III – DECLARAÇÃO UNIFICADA

EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/CISAMREC/2024 P.A. Nº 008/CISAMREC/2024 CREDENCIAMENTO UNIVERSAL PESSOAS JURÍDICA SERVIÇO DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

A **CREDENCIADA**..... pessoa jurídica de direito (privado-público), inscrita no CNPJ Nº, sito à Rua, nº., sala, bairro..... – na cidade de....., CEP:....., telefone, **DECLARA**, para todos os fins e efeitos que:

- 1) não fomos declarados inidôneos, não há fato impeditivo e nem estamos suspensos para contratar com órgão público da administração direta ou indireta, no âmbito federal, estadual ou municipal, nos termos da lei nº. 14.133/2021;
- 2) que em cumprimento ao que determina o Inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal de 1988, declaramos, não temos, em nosso quadro de colaboradores, empregados menores de dezoito anos em jornada noturna ou em locais insalubres ou perigosos e menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos quatorze anos;
- 3) que tomou conhecimento de todas as condições e habilitação, para o cumprimento das obrigações relacionadas ao objeto da prestação de serviços de que trata o Edital de Chamamento Público supra, para credenciamento universal e do termo de credenciamento correspondente e seus anexos;
- 4) que a empresa CREDENCIADA, não possui cônjuge ou companheiro(a) com vínculo direto ou indireto, de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, e que seus sócios ou profissionais preposto não possuem vínculo direto ou indireto, com empresas credenciadas ao CISAMREC e com o município consorciado correspondente, cuja sede ou filial esteja localizada na área de abrangência do CISAMREC;
- 5) que não possui contratos ou termo de credenciamento e não está prestando serviços junto aos entes da administração direta, indireta, órgãos públicos e consórcios de direito público ou privado, na área de abrangência do CISAMREC ou da macrorregião sul catarinense, os mesmos objetos deste chamamento com preços inferiores aos referenciados na Tabela de Serviços de Declaração e de Verificação de Óbito nº 004/CISAMREC/2024 e estamos cientes do que estabelece o item 2.3 das **CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO E CREDENCIAMENTO** no Edital de Chamamento Público correspondente;
- 6) que os recebimentos pelos serviços realizados, caso não seja emitido o respectivo boleto bancário junto com a apresentação da nota fiscal, poderá o pagamento ser efetuado através de transferência bancária eletrônica ou PIX, à crédito na conta da CREDENCIADA: **Banco** _____ **Agência** _____ **Conta Corrente** _____ correndo por conta desta as despesas com tarifas bancárias, que poderá ser deduzida dos devidos créditos, salvo se houver isenção. A CREDENCIADA comunicará, imediatamente, a ocorrência de alteração;
- 7) que utilizará o endereço eletrônico, e-mail: _____, para recebimento de informações, comunicações, notificações e intimações administrativas, sendo sua a responsabilidade de comunicar, imediatamente, a ocorrência de alteração do referido e-mail, cientes de que não caberá qualquer tipo de alegação de desconhecimento de tal obrigação, sendo válidos os efeitos dos atos que deste provier.

(Município) SC, xx de xxxxxxxx de 2024.

NOME DA CREDENCIADA
(Nome - Representante legal)
Carimbo e Assinatura



Anexo IV

EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/CISAMREC/2024 CREDENCIAMENTO UNIVERSAL PESSOAS JURÍDICA SERVIÇOS DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

TERMO DECLARATÓRIO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu,....., (nacionalidade), (estado civil), médico(a), inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina sob nº. _____, RG nº. _____, CPF nº. _____, residente na Rua _____, nº. _____, Bairro _____, na cidade de _____, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas da lei, que sou o(a) responsável técnico(a), nos termos da legislação pertinente, pelos serviços realizados na especialidade de (nome da especialidade), no estabelecimento (nome do estabelecimento), localizada na Rua _____, nº. _____, Bairro _____, na cidade de _____

Minha responsabilidade cessará, por vontade própria ou do estabelecimento, quando for devidamente formalizado e comunicado por escrito ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMREC-CISAMREC e ao Conselho Regional correspondente.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

(Município) SC, xx de xxxxxxxx de 2024.

(Nome do responsável técnico)
CPF nº.....
Carimbo e Assinatura

NOME DA CREDENCIADA
(nome) – Representante legal
Carimbo e Assinatura



Anexo V

EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/CISAMREC/2024 CREDENCIAMENTO UNIVERSAL PESSOAS JURÍDICA SERVIÇO DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

AUTORIZAÇÃO PARA OPERAR O SISTEMA DO CISAMREC

Empresa:			
CNPJ/MF nº.		Pessoa Jurídica: () Pública () Privada	
Endereço:		nº.	Sala:
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
Telefone: ()	()		
Representante legal:			
Carteira de Identidade:		CPF:	

Declaramos para todos os fins de direito e a quem interessar possa, nos termos da Resolução nº. 015/CISAMREC/2021, que o(s) nosso(s) funcionário(s), abaixo designado(s) e qualificado(s), está(ão) autorizado(s) a operar o Sistema digital informatizado do CISAMREC, sob nossa responsabilidade, por meio de acesso remoto na Rede Mundial de Computadores (Internet) ao CISAMREC, o(s) serviços ora credenciado(s), podendo baixar as Ordem de Serviços emitidas pelos municípios, encaminhar os documentos para prestação de contas e demais procedimentos estabelecidos no Termo de Credenciamento, ficando autorizado ao CISAMREC gerar login de acesso ao(s) funcionário(s) abaixo identificado.

Nome do Funcionário	
CPF:	RG:

Nome do Funcionário	
CPF:	RG:

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Criciúma SC, xx de xxxxxxxxxxxxxx de 2024.

NOME DA CREDENCIADA
(Nome - Representante legal)



Anexo VI

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/CISAMREC/2024 Processo Administrativo nº. 008-2024 SERVIÇO DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

Prestação de Serviços de Serviços de Declaração de Óbito,
Verificação de Óbitos e Esclarecimento da Causa Mortis

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE INSTALADA E DISPONIBILIDADE

CRENCIADA:			
CNPJ nº.	() Pública () Privada		
Endereço:	nº.	Sala:	
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
Telefone: ()	()		
Representante legal:			
Carteira de Identidade:	CPF:		

A CREDENCIADA interessada, acima qualificada, vem **DECLARAR** que possui e mantém disponível, para atendimento do objeto do edital supra, a seguinte capacidade instalada:

ITEM	Código	Descrição dos serviços

(Município) SC, xx de xxxxxxxx de 2024.

NOME DA CREDENCIADA
(Nome - Representante legal)
Carimbo e Assinatura



ANEXO VII

MINUTA

TERMO DE CREDENCIAMENTO n./CISAMREC/2024

EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/CISAMREC/2024 CREDENCIAMENTO UNIVERSAL PESSOAS JURÍDICA SERVIÇO DE DECLARAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC-CISAMREC, pessoa jurídica de direito público indireto, inscrita no CNPJ/MF n.º 13.791.885/0001-36, com sede na Avenida Santos Dumont n.º 1.980, salas 01A, Bairro São Luiz, em Criciúma (SC), representado por seu Diretor Executivo, Sr. Roque Salvan, inscrito no CPF sob o n.º 440.6**.***-72, doravante denominado simplesmente **CREDENCIADOR**, e

(NOME DA CREDENCIADA.....), pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ N.º, sito à Rua, n.º, sala, bairro..... – Criciúma/SC, CEP:....., fone (.....)....., neste ato representado pelo(s) sócio(s) administrador(es), CPF n., doravante denominada simplesmente **CREDENCIADA**.

As partes resolvem, nos termos em que dispõe o Edital de Chamamento Público supra, firmar o presente Termo de Credenciamento que regular-se-á pelos preceitos de direito público, pela Lei Federal nº. 6.015/1973, pela Resolução CFM nº 1.779/2005, do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Portaria MS nº. 1.405/2006 e Portaria nº 116/2009, do Ministérios da Saúde, no que couber, e pelas seguintes cláusulas e condições:

OBJETO

Cláusula 1ª. O presente Termo de Credenciamento tem por objeto a prestação de serviços estabelecidos no Edital de Chamamento Público nº. 002/CISAMREC/2024, que passa a fazer parte deste instrumento, que serão prestados de acordo com as demandas dos entes municipais consorciados ao CISAMREC, conforme código(s) e procedimento(s) abaixo:

Item	Código	Descrição do Serviço

§1º. O(s) serviço(s) credenciados(s) será(ão) realizado(s) de forma futura e eventual, em favor dos municípios consorciados ao CISAMREC, conforme necessidades e disponibilidades financeiras de cada um dos entes consorciados;

§2º. O(s) serviço(s) será(ão) prestado(s) pela credenciada, nos termos deste instrumento, por encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios que integram o CISAMREC, através da Ordem de Serviço-OS, devidamente autorizada pelo gestor



municipal correspondente ou a quem este delegar poderes, contendo o nome do falecido ou responsável de direito, nome do prestador do serviço e o(s) serviço(s) a ser prestado.

§3º. Caso haja necessidade de complementação dos serviços inicialmente autorizados, decorrente de diagnóstico da causa mortis não definida, o médico examinador deverá comunicar o município correspondente para os devidos encaminhamentos, que também precisará ser previamente autorizado pela Secretaria de Saúde do município consorciado correspondente, na forma do parágrafo §2º, desta Cláusula, sob pena de ser glosado o(s) respectivo(s) pagamento(s) do(s) serviço(s) realizado(s);

§4º. Os serviços credenciados deverão ser prestados no local onde ocorreu o evento e, no caso de causa mortis não definida, no estabelecimento próprio da credenciada, sob sua única e exclusiva responsabilidade;

§5º. A(s) Ordem(s) de Serviço(s)-OS, será(ão) emitida(s) pelo(s) municípios consorciados, de acordo com as suas demandas, através do sistema informatizado próprio do CISAMREC;

§6º. As fiscalizações dos serviços serão realizadas pelo próprio município que emitiu a ordem de serviço, reservando-se ao CISAMREC o direito de também fiscalizar a prestação dos serviços, podendo, inclusive, suspender os serviços ou descredenciar a prestadora, no caso de defeito na prestação, má qualidade dos materiais empregados, reclamação dos usuários, dentre outras ocorrências;

§7º. A CREDENCIADA não terá direito de exigir qualquer quantitativo físico ou financeiro mínimo para se credenciar, mas poderá demonstrar a sua capacidade quantitativa operacional que será ofertado;

§8º. O Termo de Credenciamento poderá ser aditivado para a inclusão de novos serviços, quando inclusos na tabela de procedimentos em serviços de verificação de óbito;

REMUNERAÇÃO, CONDIÇÕES E FORMA DE PAGAMENTO

Cláusula 2ª. Pelo(s) serviço(s) efetivamente prestado(s), a CREDENCIADA será remunerada conforme códigos, procedimentos e valores constantes na Tabela de Procedimentos em Serviços de Verificação de Óbito, vigente na data da emissão da respectiva Ordem de Serviço-OS.

§1º. O pagamento será efetuado à CREDENCIADA, mediante a apresentação da produção quantitativa dos serviços efetivamente realizados e documentos exigíveis legíveis, enviado ao CREDENCIADOR, por e-mail, da seguinte forma e condições:

I - Ordem(s) de serviço(s)-OS, assinadas e autorizadas pelo município consorciado correspondente, anuída pelo médico(a) que prestou o atendimento contendo o número do seu CRM, e assinada pela CREDENCIADA;

II - relatório impresso dos quantitativos de procedimentos efetivamente realizados, contendo valores individuais e totais de cada procedimento e o valor total geral, devidamente assinado pela credenciada, que será(ão) conferido(s) com o sistema informatizado do CISAMREC ou de forma manual (caso o sistema apresentar algum problema técnico), ou, ainda, da forma estabelecida pelo CREDENCIADOR;

III - Cópia da Declaração de Óbito-DO, legível;

IV - Cópia da ficha de investigação de óbito (autópsia verbal), se for o caso;

VI - Cópia do email, whatsapp, e outros meios que comprove o encaminhamento justificado do médico ao serviço de SVO ou IML, conforme o caso;

VII - Comprovação da regularidade social e trabalhista da CREDENCIADA, conforme determina o art. 68 da Lei n.º 14.133/2021 e parágrafo 3.1.2 e 3.1.3 do respectivo edital de credenciamento;

§2º. Os documentos dos incisos I, II e III, deste parágrafo, deverão ser individualizados por município consorciado ao CISAMREC, da matriz e da filial (is), conforme constar na Ordem



de Serviço-OS, obedecendo, para tanto, o procedimento, prazos e o cronogramas, estabelecido pelo CREDENCIADOR, findo o qual será autorizada, pelo setor de auditoria, a emissão da Nota Fiscal para os devidos pagamentos;

§3º. Os documentos dos incisos I ao IV, do §1º desta cláusula, deverão ser enviados ao CISAMREC via e-mail ou na forma que vier a ser estabelecido pelo CREDENCIADOR, no mês subsequente ao serviço efetivamente realizado, na forma digital ou digitalizado, no formato PDF (Portable Document Format), vedado o recebimento na forma física;

§4º. Acaso constatada alguma irregularidade na documentação, o pagamento será glosado e informado ao prestador por e-mail, a fim de que, providenciando à regularização, seja incluído no valor total à ser autorizado para a emissão da Nota Fiscal, facultado ao prestador a inclusão em faturamento posterior, mediante sua comunicação;

§5º. Não sendo comprovada a sua regularidade nos termos desta Cláusula e deste instrumento, o pagamento relativo ao procedimento glosado não será realizado;

§6º. A produção rejeitada pelo serviço de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, será devolvida à CREDENCIADA para as correções cabíveis, devendo ser reapresentada, no prazo estabelecido pelo CREDENCIADOR, acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

§7º. O CREDENCIADOR revisará e processará os dados recebidos da CREDENCIADA e seus documentos, procederá ao pagamento dos serviços efetivamente prestados e auditados, observando as diretrizes e normas legais, nos termos das respectivas competências e atribuições;

§8º. Ocorrendo, excepcionalmente, erro, falha ou falta de processamento da produção por inconsistências ou defeito no sistema informatizado do CREDENCIADOR, os pagamentos serão realizados, no prazo estabelecido pelo CREDENCIADOR, pelos valores do mês imediatamente anterior e que tenha sido validado pelas partes, acertando as diferenças que houver no pagamento posterior, salvo se por outra forma menos prejudicial as partes, ficando o CREDENCIADOR isento do pagamento de quaisquer multas ou sanções financeiras, assim como correção monetária dos créditos e outros acréscimos porventura incidentes nas diferenças apuradas;

§9º. O(s) pagamento(s) será(ão) realizado(s) de acordo com os valores da Tabela de procedimentos em Serviços de Verificação de Óbitos, vigente no dia da emissão da Ordem de Serviço-OS, da seguinte forma:

I - O pagamento será realizado mensalmente, subsequente ao mês dos serviços prestados, considerando o quantitativo de procedimentos efetivamente realizados e de acordo com os valores estipulados na respectiva Tabela vigente na data da emissão da Ordem de Serviço-OS;

II - O pagamento será realizado até o 30º (trigésimo) dia do mês subsequente aos serviços efetivamente prestados, contados da data da apresentação da Nota Fiscal/fatura, que discriminará os serviços prestados e tributos pertinentes, podendo o CREDENCIADOR reter os impostos, taxas e contribuições sociais, nos termos da legislação tributária, portarias e Instruções Normativas da Receita Federal, bem como o boleto bancário correspondente;

III - Estando credenciada a pessoa jurídica na matriz e filial (is), localizadas nos respectivos municípios consorciados ao CISAMREC, deverá ser emitida a Nota Fiscal, para recebimento da remuneração ou contraprestação dos serviços, de acordo com o Termo de Credenciamento;

IV - A nota fiscal e boleto bancário deverá ser emitida pelo valor global, compreendendo a totalidade dos serviços realizados individualmente pelos municípios consorciados e do mês correspondente, conforme autorizada pelo setor de auditoria do CISAMREC;



V - Caso não seja emitido o respectivo boleto bancário, o pagamento será efetuado através de transferência bancária eletrônica ou PIX, à crédito na Conta Corrente da pessoa jurídica credenciada, por esta indicada, correndo por conta da CREDENCIADA o valor da tarifa bancária correspondente, se houver;

VI - Compreendem nos valores firmados neste instrumento todos os tributos, encargos e despesas que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre o objeto desse instrumento, tais como, impostos, contribuições fiscais, encargos sociais, trabalhistas e previdenciários, taxas, seguro, deslocamentos, alimentação, garantias e congêneres;

VII - A CREDENCIADA responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando o CISAMREC isento de todo pagamento de eventual excesso.

VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

Cláusula 3ª. Este Termo de Credenciamento, decorrente do respectivo Chamamento Público, iniciará a contar da publicação do seu extrato no Diário Oficial dos Municípios (DOM SC) e no site do CISAMREC, e poderão ser prorrogado sucessivamente e automaticamente a cada exercício financeiro, limitado a 10 (dez) anos, a critério da administração, se as condições e os preços permanecerem vantajosos para a sua manutenção, permitida a negociação com os credenciados ou a extinção do termo de credenciamento, sem ônus para qualquer das partes, e vigorará até o cumprimento, pela credenciada de todos os serviços em andamento até a sua finalização, e do recebimento dos seus respectivos créditos;

§1º. A continuação da prestação dos serviços credenciados fica condicionada à vigência dos respectivos créditos orçamentários, e do repasse, de cada município consorciado, dos valores suficientes para a cobertura dos custos administrativos e operacionais do CISAMREC, bem como a comprovação da sua regularidade fiscal e social nos termos do respectivo Edital de Chamamento Público, da Lei nº. 14.133/2021 e da Resolução 017/CISAMREC/2023, e se persistirem as condições técnicas e sanitárias;

§2º. A credenciada que não se interessar pela prorrogação do termo de credenciamento deverá comunicar a sua intenção, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem prejuízo aos usuários/pacientes que estiverem com agendamento em aberto;

§3º. Não comprovada a regularidade dos documentos exigidos neste edital e na lei nº. 14.133/2021, a relação jurídica poderá ser suspensa ou rescindida, observando-se, no que couber, a Lei nº. 14.133/2021, a Resolução n.º 017/CISAMREC/2023, os dispositivos deste Termo de Credenciamento e do respectivo Edital de Credenciamento;

§4º. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da credenciada poderá ensejar a revisão das condições estipuladas ou o cancelamento do Termo de Credenciamento;

§5º. O termo de credenciamento também poderá ser cancelado ou rescindido unilateralmente pelo CISAMREC por motivos supervenientes e caso o(s) procedimento(s) firmado(s) for excluído da Tabela de Serviços de Declaração e Verificação de Óbito nº 004/CISAMREC/2024, por recomendação das secretarias de saúde dos municípios correspondentes, sem prejuízo dos procedimentos em curso, não cabendo, no caso, qualquer tipo de indenização ou ônus ao CISAMREC e aos municípios consorciados.

EXECUÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)

Cláusula 4ª. Os serviços credenciados, deverão ser prestados observando-se, no que couber, a Lei Federal nº. 6.015/1973, Resolução CFM nº 1.779/2005 c/c Resolução CFM nº 1.931/2009, do Conselho Federal de Medicina (CFM), Portaria MS nº. 1.405/2006 c/c



Portaria MS nº. 116/2009, do Ministério da Saúde, demais legislações e normas correlatas, bem como nos termos e condições deste instrumento, conforme a seguir:

I - Tratando-se de morte natural domiciliar com assistência médica, sem sinais de violência ou causa mal definida, caberá ao médico (a) assistente, a verificação pessoal do falecido no local onde ocorreu o fato, ou na sua impossibilidade, da mesma forma, por qualquer médico habilitado da localidade ou da localidade mais próxima, e, definida a *causa mortis*, emitir a Declaração de Óbito, disponibilizando o corpo ao responsável pelo falecido, nos termos do Art. 79, da Lei nº. 6.015/1973, para os demais encaminhamentos fúnebres e cartoriais;

II - Tratando-se de morte natural domiciliar sem assistência médica e sem sinais de violência, a verificação pessoal do falecido será realizada no local onde ocorreu o fato por qualquer médico da localidade ou, na sua falta, por qualquer médico habilitado. Definida a *causa mortis* deverá emitir a Declaração de Óbito, disponibilizando o corpo aos familiares, ficando ao encargo do responsável pelo falecido, nos termos do Art. 79, da Lei nº. 6.015/1973, para os demais encaminhamentos cartoriais e fúnebres;

III - Na ocorrência de morte natural domiciliar sem elucidação diagnóstica, causa mortis desconhecida ou indeterminada, não havendo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) na localidade, compete ao médico da localidade ou, inexistindo, o da localidade mais próxima, à verificação pessoal do falecido no local do evento, podendo valer-se de prontuário médico e de informações históricas do falecido e, definida a causa mortis, emitir a Declaração de Óbito (DO) e disponibilizar o corpo ao responsável pelo falecido, nos termos do Art. 79, da Lei 6.015/1973, para os demais encaminhamentos cartoriais e fúnebres;

IV - Na ocorrência de morte natural domiciliar sem elucidação diagnóstica, causa mortis desconhecida ou indeterminada, havendo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) na localidade, compete ao médico, que fez a verificação pessoal do falecido no local do evento, comunicar a secretaria de saúde do município correspondente, na forma escrita, via e-mail ou whatsapp, a quem competirá acionar o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), cabendo ao médico do SVO, a definição da *causa mortis* e a emissão da Declaração de Óbito (DO), e disponibilizar o corpo ao responsável pelo falecido, nos termos do Art. 79, da Lei 6.015/1973, para a retirada do corpo no SVO através de funerária de sua livre escolha e demais encaminhamentos cartoriais e fúnebres;

§1º. Na ocorrência de morte natural domiciliar sem elucidação diagnóstica ou causa mortis desconhecida, indeterminada ou mal definida de pessoas acima de 10 (dez) anos de idade, e não havendo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) na localidade, para a emissão da Declaração de Óbito (DO), tratando-se de morte natural domiciliar (incisos I e II, da cláusula 4ª), poderá o médico valer-se da autópsia verbal, conforme ficha de investigação de óbito (Causa mal definida - Formulário 3 – AV3, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, conforme formulário **ANEXO I** a este Termo de Referência e disponível no link: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/causas-mal-definidas/AV3-ficha-investigacao-obito-causa-mal-definida.pdf>

§2º. Na ocorrência de morte natural domiciliar sem elucidação diagnóstica ou causa mortis desconhecida, indeterminada ou mal definida, de óbito de mulher em idade fértil, e não havendo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) na localidade, para a emissão da Declaração de Óbito (DO) poderá o médico valer-se da autópsia verbal através da ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil (identificação de possível óbito materno – MIF), da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, conforme formulário **ANEXO II**



a este Termo de Referência e disponível no link:
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/sistema-de-informacoes-em-mortalidade/investigacao-de-obito/instrumentos-de-coleta-obito-materno/3555-mif-ficha-de-investigacao-de-obito-de-mulher-em-idade-fertil-identificacao-de-possivel-obito/file>

§3º. Na ocorrência de morte domiciliar com sinais de violenta ou não natural, compete ao médico, que fez a verificação pessoal do falecido no local do evento, comunicar o IML (Instituto Médico Legal), a quem compete a verificação do óbito e a emissão da Declaração de Óbito (DO), e os mais encaminhamentos;

§4º. O Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis-SVO deverá ser realizado no estabelecimento próprio da credenciada e contar com infraestrutura adequada, equipamentos, materiais e insumos suficientes, para assegurar a realização da necropsia com rapidez, segurança e eficácia, de acordo com as normas e padrões estabelecidos nas Resoluções RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e Resoluções RDC nº 189, de 18 de julho de 2003, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, pela Portaria nº 167/SES, de 20 de fevereiro de 2018, ou as que vierem substituí-las, e previamente analisado e aprovado pela Vigilância Sanitária Municipal do local do estabelecimento ou, quando não couber, pela Vigilância Sanitária Estadual, e de acordo com as legislações e normas estabelecidas pelas legislações federais, estaduais e municipais, do edital de chamamento público correspondente e deste termo de credenciamento e nas seguintes condições:

a) A CREDENCIADA deverá dispor de uma equipe composta por:

a.1) 1 (um) auxiliar administrativo, durante todo o horário de funcionamento;

a.2) 1 (um) médico patologista, durante todo o horário de funcionamento do plantão técnico;

a.3) 1 (um) técnico de necropsia, durante todo o horário de funcionamento do plantão técnico;

a.4) 1 (um) histotécnico, dispensável, caso o serviço não realize os exames histopatológicos em suas dependências;

b) correrá às expensas da CREDENCIADA os exames histotécnico (histopatológicos, hematológicos, bioquímicos, de microbiologia, toxicológicos, sorológicos e imuno-histoquímicos), quando necessário à sua realização, que poderão ser realizados fora das dependências da CREDENCIADA, em laboratórios públicos ou privados legalmente registrados no órgão de vigilância sanitária competente e nos conselhos regionais de profissionais correspondente, do Estado de Santa Catarina;

c) manter grade de horário para funcionamento de seus plantões técnico e administrativo, conforme o seguinte quadro descritivo:

Atividades	Horário
Recepção de corpos (plantão administrativo)	00-24h
Plantão técnico (*)	07-23h

(*) Médico Patologista e Técnico/Auxiliar de Necropsia.

§5º. A declaração de óbito deverá ser prestada, sempre que possível, pelo (a) médico (a) que vinha prestando assistência ao paciente, observando, para todos os seus efeitos, os dispositivos dos incisos do *caput* dessa cláusula;

§6º. É vedada ao médico, preposto da credenciada, emitir a declaração de óbito sem a verificação do corpo no local onde ocorreu o evento, bem como em ambientes funerários



após remoção do corpo do local onde ocorreu o evento, sob pena das sanções previstas neste instrumento, no código de ética do CFM, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal decorrente;

§7º. A declaração de óbito, tratando-se de morte natural domiciliar com elucidação diagnóstica deverá ser preenchida de forma legível e emitida em 3 (três) vias, da seguinte forma:

I - A 1ª (primeira) via, mediante protocolo, deverá ser entregue à Secretaria Municipal de Saúde do município correspondente, devendo ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados para os devidos registros no sistema de informação (SIM) da vigilância epidemiológica e demais sistema de informação;

II - A 2ª (segunda) via, mediante protocolo, deverá ser ao responsável pelo falecido (Art. 79, da Lei 6.015/1973), para o devido encaminhamento ao cartório do registro civil que emitirá a certidão de óbito e, conseqüentemente, para os devidos encaminhamentos fúnebres;

III - A 3ª (terceira) via, ficará retida pelo médico que emitiu a Declaração de Óbito, para registro em seu prontuário e para extração de cópia para a prestação de contas;

§8º. O(s) serviço(s) credenciado(s) será(ão) executado(s) pelos profissionais vinculados a CREDENCIADA de acordo com a sua área de atuação, sob a responsabilidade técnica do profissional declarado no Termo de Responsabilidade Técnica, nas seguintes condições:

I - A CREDENCIADA deverá manter atualizada junto ao CREDENCIADOR o nome do responsável técnico pelos serviços credenciados, encaminhando-lhe o respectivo termo de responsabilidade técnica, conforme avençado deste instrumento;

II - O(s) serviço(s) deverá(ão) ser prestado(s) pela CREDENCIADA, nos termos deste instrumento, por encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde do município que integram o consórcio CREDENCIADOR, através da Ordem de Serviço-OS, em formulário próprio do sistema informatizado do CISAMREC, devidamente autorizado e assinado;

V - A(s) Ordem(s) de Serviço(s)-OS, será(ão) emitidas, pela(s) secretaria de saúde do município correspondente, consorciado ao CISAMREC, de acordo com as suas demandas e indicações e somente poderão ser realizados se o(s) procedimento(s) estiverem credenciados, pela CREDENCIADA, e cadastrados no sistema informatizado do CREDENCIADOR, conforme Tabela de Serviços de Declaração e Verificação de Óbito;

§9º. O CREDENCIADOR reserva-se do direito de fiscalizar permanentemente a prestação dos serviços, podendo descredenciar e rescindir o contrato, na forma da lei;

§10. Nenhuma pessoa jurídica credenciada terá direito à realização de qualquer quantitativo físico ou financeiro mínimo, para a execução dos objetos credenciados;

§11. O CREDENCIADOR não se responsabilizará por quaisquer defeitos nos serviços prestados, durante todas as etapas de sua realização, correndo por conta da CREDENCIADA a correção ou indenização do (s) serviço (s) defeituoso (s).

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CREDENCIADOR

Cláusula 5ª. Para cumprir o objeto deste Termo de Credenciamento o CREDENCIADOR se obriga:

I - Repassar à CREDENCIADA até o 30º (trigésimo) dia após a efetiva entrega da nota fiscal do(s) serviço(s) efetivamente realizados, mediante a apresentação do(s) comprovante(s) do(s) serviço(s), o valor faturado de acordo com a(s) solicitação(ões) do(s) serviço(s) autorizado(s) no mês ou período(s) anterior(es), sendo que o prazo de



pagamento aqui mencionado fica condicionado à entrega dos demais documentos referidos nos termos do presente instrumento;

II - Exercer atividades de Controle, Avaliação e Auditoria na CREDENCIADA, mediante procedimentos de supervisão direta ou indireta de acordo com as normas que regem o CISAMREC;

III - Acompanhar, fiscalizar e supervisionar a prestação do(s) serviço(s) objeto deste Termo de Credenciamento;

IV - Reter os impostos, taxas e contribuições sociais gerados pela emissão das Notas Fiscais, nos termos da legislação tributária, portarias e Instruções Normativas da Receita Federal;

V - Deduzir do valor a ser pago à CREDENCIADA, as tarifas bancárias originadas pelos depósitos ou transferências, nos termos deste instrumento;

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CREDENCIADA

Cláusula 6ª. Para o cumprimento do objeto deste Termo de Credenciamento, a CREDENCIADA se obriga a manter a disponibilidade dos serviços por 24h p/dias, nos 7 (sete dias) da semana, inclusive sábado, domingo e feriados, bem como:

I - Observar os encaminhamentos emitidos pelo(s) município(s) consorciados ao CISAMREC;

II - Atender os chamados de óbitos ou dos serviços de SVO, conforme o caso, em até 1h (uma hora) no local onde ocorreu o fato, salvo nos casos supervenientes, de força maior ou fortuitos, devidamente justificado pela credenciada, sob pena das sanções estabelecidas neste instrumento;

III - Oferecer os recursos necessários para a perfeita execução dos objetos credenciados, vedado a cobrança de qualquer valor complementar, a qualquer título, em relação aos valores firmados neste instrumento, bem como, induzir, coagir ou oferecer aos usuários à realização de outros procedimentos mediante cobranças suplementares, tais como serviços funerários, tanatopraxia, formolização, embalsamamento e congêneres;

IV - Atender os usuários com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se, sempre, a qualidade dos serviços prestados, de acordo com o que preconiza as normas e diretrizes da PNH – Política Nacional de Humanização;

V - Manter as dependências de atendimento e procedimentos aos usuários em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento, conforme o caso;

VI - Manter cadastro dos servidores ou funcionários sempre atualizado, assim como prontuário e arquivos, que permitam acompanhamento, controle e supervisão dos serviços, bem como fornecer ao CISAMREC ou ao município correspondente os respectivos portuários ou arquivos quando solicitados;

VII - Justificar por escrito, ao usuário ou a secretária de saúde do município correspondente e ao CISAMREC, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste instrumento;

VIII - A CREDENCIADA estará sujeita às novas legislações editadas pela União, Estados, municípios consorciados, Resolução e Portarias editadas pelo CISAMREC que se referir a adoção de ações, serviços e procedimentos relativos ao objeto deste instrumento;

IX - Garantir o acesso da equipe do CISAMREC aos serviços prestados pela CREDENCIADA no exercício de seu poder de fiscalização;

X - Apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem quantitativamente e qualitativamente o atendimento do objeto deste instrumento;

XI - Manter registro atualizado quanto aos profissionais pertencentes ao quadro da CREDENCIADA que executarão o objeto deste instrumento, sempre que houver alteração do seu quadro funcional. A CREDENCIADA que precisar atualizá-lo, deverá fazê-lo num



prazo máximo de até 60 (sessenta) dias da assinatura deste instrumento, ficando suspenso os pagamentos dos serviços prestados até sua regularização, sob pena de rescisão contratual;

XII - Submeter-se a todos os controles de prestação de serviços determinados pelo CREDENCIADOR, seja de auditoria, controle, avaliação ou outros congêneres;

XIII - Fornecer, sem custo adicional, todos os materiais inclusos na delimitação do objeto e do preço, constantes nas Cláusulas deste instrumento;

XIV - Recolher os impostos, taxas, contribuições sociais, encargos sociais, taxas, tarifas e congêneres, resultante do faturamento e demais encargos avençados nestes instrumento e no respectivo Edital de Chamamento Público;

XV - Pagar ao CREDENCIADOR as tarifas bancárias oriundas das transferências eletrônicas para recebimento dos serviços prestados, quando não emitido pela CREDENCIADA o boleto bancário, podendo os valores das tarifas serem retidas pelo CREDENCIADOR, nos termos do deste instrumento.

XVI – Não ofertar ou esteja ofertando, serviços aos entes da administração pública direta, indireta, órgãos públicos e consórcios públicos, localizados na macrorregião de saúde sul catarinense, preços inferiores aos referenciados nas tabelas do CISAMREC.

RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL DA CREDENCIADA

Cláusula 7ª. É de responsabilidade exclusiva da CREDENCIADA, civil e criminalmente, as eventuais indenizações por danos causados aos municípios, usuários ou terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, para o cumprimento do objeto deste instrumento, inclusive quantos aos atos praticados pelos seus prepostos ou profissionais a ela vinculada.

§1º. A CREDENCIADA responsabilizar-se-á, objetivamente, por qualquer cobrança indevida feita aos municípios ou usuários, em razão da execução deste Termo de Credenciamento, independentemente da espécie de vínculo existente entre o profissional que realizou a cobrança e a CREDENCIADA;

§2º. A fiscalização e o acompanhamento da execução deste Termo de Credenciamento pelo Ministério Público, órgãos de controle, municípios consorciados e pelo CISAMREC, não excluem nem reduzem a responsabilidade civil da CREDENCIADA, nos termos da legislações pertinentes;

§3º. Caso haja responsabilização do CREDENCIADOR, solidária ou subsidiária, por danos causados pela CREDENCIADA, seus prepostos ou profissionais a esta vinculados, aos municípios, usuários ou terceiros, em razão dos serviços ora CREDENCIADOS, é garantido ao CREDENCIADOR o direito de regresso integral contra a CREDENCIADA, sem prejuízo da aplicação das sanções e outras despesas decorrentes.

§4º. A CREDENCIADA, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Termo de Credenciamento em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD, além das demais normas e políticas de proteção de dados. No manuseio dos dados a CREDENCIADA deverá:

I - Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções do CREDENCIADOR e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente ao CREDENCIADOR, que terá o direito de rescindir o Termo de Credenciamento sem qualquer ônus, multa ou encargo;

II - Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais



mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida;

III - Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito do CREDENCIADOR;

IV - Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da CREDENCIADA assinar acordo de confidencialidade com a CREDENCIADA, bem como a manter quaisquer dados pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção para a prestação de serviços ao CREDENCIADOR. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados;

§5º. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito do CREDENCIADOR, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações;

§6º. Caso a CREDENCIADA seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente o CREDENCIADOR para que esta tome as medidas que julgar cabíveis;

§7º. A CREDENCIADA deverá notificar o CREDENCIADOR em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

I - Qualquer descumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais, pela CREDENCIADA, seus funcionários ou terceiros autorizados;

II - Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da CREDENCIADA.

§8º. A CREDENCIADA será integralmente responsável pelo pagamento de perdas e danos de ordem moral ou material, bem como pelo ressarcimento do pagamento de qualquer multa ou penalidade imposta ao CREDENCIADOR e/ou a terceiros diretamente resultantes do descumprimento pela CREDENCIADA a qualquer das cláusulas previstas neste capítulo quanto a proteção e uso dos dados pessoais;

RECURSOS FINANCEIROS E ORÇAMENTÁRIOS

Cláusula 8ª. A CREDENCIADA receberá mensalmente do CREDENCIADOR os recursos para a cobertura dos serviços credenciados, autorizados e efetivamente prestados, de acordo com o pactuado neste instrumento e em conformidade com a Tabela de Procedimentos de Serviços Declaração e Verificação de Óbito nº 004/CISAMREC/2024, do CISAMREC;

§1º. Os valores correspondentes aos serviços credenciados, serão repassados mensalmente à CREDENCIADA, de acordo com a produção efetivamente realizada e apresentada nos termos deste instrumento, conferidos ao CISAMREC, provenientes dos municípios consorciados correspondentes;

§2º. As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão atendidas por dotação orçamentária constante no exercício financeiro, a seguir:

Órgão: 01 – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC – CISAMREC

Unidade: 01 – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC – CISAMREC

Proj./Ativ.: 2.005 – Manutenção dos Serviços de Verificação de Óbito - SVO



Elem.: (7) 3.3.90.00.00.00.00.0000

§3º. Para todos os efeitos legais, o não cumprimento pelos municípios consorciados da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos serviços e valores constantes deste instrumento, não transfere ao CREDENCIADOR a obrigação de pagar os serviços CREDENCIADOS, os quais são de responsabilidade única e exclusiva do município consorciado correspondente;

CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Cláusula 9ª. A execução do presente Termo de Credenciamento será avaliada pelo CREDENCIADOR, mediante procedimentos de supervisão local direta ou indireta, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições firmadas neste instrumento, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§1º. O CREDENCIADOR poderá, a qualquer tempo, realizar vistorias nas instalações da CREDENCIADA para verificar as condições técnicas básicas e sanitárias, decorrentes deste instrumento e do respectivo Edital, se for o caso;

§2º. A fiscalização exercida pelo CREDENCIADOR sobre serviço(s) credenciados não eximirá a CREDENCIADA da sua plena responsabilidade perante o CREDENCIADOR, ou para com os usuários e terceiros decorrentes de culpa ou dolo na execução deste termo de credenciamento;

§3º. A CREDENCIADA facilitará o acompanhamento e a fiscalização exercida pelo CREDENCIADOR dos serviços, e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos auditores designados para tal fim;

§4º. Em qualquer hipótese é assegurado à CREDENCIADA amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais do Ministério da Saúde e da Lei Federal de licitações e contratos administrativos vigente.

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E REAJUSTE

Cláusula 10. Os valores dos procedimentos firmados neste instrumento somente serão reajustados por ato da administração do CREDENCIADOR, observando-se as ofertas de mercados, e ratificado em Assembleia Geral, do CISAMREC.

SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E PENALIDADES

Cláusula 11. A CREDENCIADA será responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

I - dar causa à inexecução parcial do credenciamento;

II - dar causa à inexecução parcial do credenciamento que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

III - dar causa à inexecução total do credenciamento;

IV - ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto credenciado sem motivo justificado, que deverá ser disponibilizado imediatamente a entrega da Ordem de Serviço-OS;

V - apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o credenciamento ou prestar declaração falsa durante a sua execução;

VI - praticar ato fraudulento na execução do credenciamento;

VII - comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

VIII - praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos do credenciamento;

IX - praticar ato lesivo previsto na Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

§1º. Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas previstas neste Termo de Credenciamento, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou



atenuantes, os danos que dela provierem para a Administração Pública, a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle, as seguintes sanções:

I – Advertência, que será aplicada quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave;

II – Multa de 0,5% (cinco décimos por cento) até 30% (trinta por cento) calculada sobre a média dos faturamentos realizados nos últimos 12 (doze) meses anteriores ao fato que ensejou a infração, aplicada à CREDENCIADA por qualquer das infrações administrativas previstas no *caput* desta Cláusula;

III - Impedimento de licitar e contratar, que será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III e IV, do *caput* esta Cláusula, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá a Contratada de licitar ou contratar no âmbito da *Administração* Pública direta e indireta dos entes federativos consorciados a esta entidade, pelo prazo máximo de 3 (três) anos;

IV - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar, será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos V, VI, VII, VIII e IX, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III e IV, do *caput* desta Cláusula, que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção referida inciso III, do §1º, desta Cláusula, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos;

§2º. As sanções estabelecidas no §1º, desta Cláusula, será precedida de análise jurídica e observará as seguintes regras:

I – As sanções estabelecidas no Inciso IV, do §1º, desta cláusula, será aplicada, exclusivamente, pelo Presidente, autoridade máxima a entidade;

II – As sanções estabelecidas no Inciso I, II e III, do §1º, desta cláusula, será aplicada pelo Diretor executivo da entidade, autoridade competente das atribuições administrativas;

§3º. As sanções previstas no *caput* e dos incisos I, III e IV, do 1º, desta Cláusula, poderão ser aplicadas cumulativamente com a prevista no inciso II do §1º;

§4º. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração à credenciada, além da perda desse valor, a diferença será cobrada da credenciada e, não ocorrendo o pagamento no prazo assinalado, sujeitar-se-á execução judicialmente;

§5º. A aplicação das sanções previstas nesta Cláusula não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública ou ao ente consorciado, conforme o caso estabelecido neste instrumento ou na legislação correspondente;

§6. A imposição das penalidades previstas nessa cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstância objetiva em que ocorreu e dela será notificada a CONTRATADA através da rede mundial de computadores, por e-mail por esta indicada, ou, alternativamente, outra forma capaz de caracterizar a mora;

§7. A multa que vier a ser aplicada será comunicada à CONSORCIADA, e o respectivo montante será descontado pelo CREDENCIADOR dos pagamentos devidos, ficando garantido o pleno direito ao contraditório e ampla defesa em processo administrativo regular;

§8. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não ilidirá o direito do CREDENCIADOR de exigir indenização pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para o CISAMREC, aos entes, seus funcionários/colaboradores, usuários e terceiros, sem prejuízo da responsabilidade criminal;



RESCISÃO, EXTINÇÃO OU REVOGAÇÃO

Cláusula 12. A rescisão, extinção e revogação do Termo de Credenciamento obedecerá, pra todos os seus efeitos, às disposições contidas nos artigos 137 à 139, da Lei Federal n. 14.133/2021 e posteriores alterações, relativas as hipóteses de extinção dos contratos.

§1º. Todos os casos de rescisão, extinção ou revogação do credenciamento, deverão ser oficialmente motivados, assegurado o contraditório e a ampla defesa, conforme o caso;

§2º. A CREDENCIADA reconhece desde já os direitos do CREDENCIADOR em caso de rescisão administrativa;

§3º. A CREDENCIADA terá direito à extinção do Termo de Credenciamento nas hipóteses do §2º, do Art. 137, da lei n.º 14.133/2021, devidamente formalizada, justificada, fundamentada e comprovada;

§4º. Em caso de rescisão, revogação ou extinção do presente credenciamento por parte da CREDENCIADA, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população ou ao usuário do SUS, o CREDENCIADOR poderá exigir o prazo suplementar de até 90 (noventa) dias para efetiva paralisação da prestação dos serviços. Se nestes prazos a CREDENCIADA negligenciar a prestação dos serviços credenciados sofrerá as penalidades previstas em lei e neste instrumento;

§5º. Em caso de rescisão ou extinção do presente Termo de Credenciamento por parte do CREDENCIADOR não caberá a CREDENCIADA, direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços prestados até a data da rescisão ou extinção.

RECURSOS ADMINISTRATIVOS

Cláusula 13. Dos atos de aplicação de sanções ou de rescisão do credenciamento, praticados pelo CREDENCIADOR, caberá à CREDENCIADA pedido de reconsideração no prazo de 03 (três) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§1º. Indeferido o pedido de reconsideração, abrir-se-á o prazo para interposição do recurso;

§2º. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

§3º. Da aplicação das sanções previstas nos incisos I, II e III do art. 11 deste instrumento, caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação.

§4º. Da aplicação da sanção prevista no inciso IV, do §1º, do Art. 11, deste instrumento, caberá apenas pedido de reconsideração, que deverá ser apresentado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento.

§5º. O recurso de que trata esta cláusula será dirigido à autoridade competente que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

§6º. Caberá a CREDENCIADA a interposição de recurso, no prazo de 15 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato ou da lavratura da ata, sob pena de preclusão, devendo apresentar com clareza e devidamente fundamentado as razões do recurso;

§7º. O recurso de que trata o *caput* deste artigo será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

ALTERAÇÕES



Cláusula 14. Qualquer alteração dos dispositivos ou objetos do credenciamento serão realizados mediante termo aditivo, na forma da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

Parágrafo único. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CREDENCIADA poderá ensejar a não prorrogação deste Termo de Credenciamento, revisão das condições avençadas ou a sua rescisão.

CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula 15. O presente instrumento será regido pelas seguintes condições gerais:

I - O(s) serviço(s) ora credenciado(s) será(ão) prestado(s) diretamente pela CREDENCIADA, através de seus profissionais prepostos ou por profissionais a ela vinculados, admitidos em suas dependências para prestar serviços de acordo com o objeto deste instrumento

II - É de responsabilidade exclusiva e integral da CREDENCIADA a utilização de pessoal para execução do objeto deste Termo de Credenciamento, sendo:

a) com profissionais que tenham vínculo de emprego com a CREDENCIADA, e/ou;

b) com profissionais autônomos, que eventual ou constantemente, prestem serviços à CREDENCIADA, se por este autorizado;

III - A CREDENCIADA responde, individualmente, pelas despesas necessárias para execução dos objetos deste instrumento, como também, pelos impostos, taxas contribuições sociais, encargos trabalhistas e previdenciários, sociais e fiscais, comerciais, tarifas e congêneres, não resultando entre as partes, qualquer tipo de vínculo empregatício;

IV - É vedada a cobrança, pela CREDENCIADA e pelos seus prepostos, dos usuário do SUS de outros serviços além dos encaminhados para atendimento pelos municípios consorciados, assim como outros serviços complementares referentes à assistência, observando-se o princípio da gratuidade, sob pena da aplicação das sanções previstas neste instrumento;

V - A CREDENCIADA responsabilizar-se-á administrativamente por qualquer cobrança indevida, feita por seus profissionais ou prepostos, aos usuários do SUS ou seus representantes, em razão da execução deste instrumento, assegurado o devido processo legal para identificação do responsável pela cobrança indevida, sem prejuízo de responder criminalmente pelo fato nos termos da lei correspondente;

VI - Somente a CREDENCIADA responde pelos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais dos funcionários a ela vinculados, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CREDENCIADOR, para o Município Consorciado ou para o Ministério da Saúde, e ainda, a prestação dos serviços credenciados não implica vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre a CREDENCIADA e o CREDENCIADOR;

VII - No caso de mudança de endereço do estabelecimento da CREDENCIADA, deverá ser prontamente comunicada ao CREDENCIADOR, a qual avaliará a manutenção dos serviços credenciados no novo endereço, mediante vistoria quanto as condições das instalações e sanitárias, bem como a apresentação de alvará de funcionamento e sanitário vigente;

VIII - Toda a documentação apresentada pela CREDENCIADA ao CREDENCIADOR quando do seu credenciamento ou aditamentos, deverá ser comprovada sua regularidade fiscal, sociais e trabalhista, mediante documentos válidos, conforme §4º, art. 91 da Lei n.º 14.133/2021, bem como para a realização devidos pagamentos quanto as regularidades sociais e trabalhista, podendo os serviços e os pagamentos serem suspensos até que a regularidade seja comprovada;



IX - Salvo as certidões emitidas por órgãos oficiais (federal, estadual, municipal, judiciário, INSS, FGTS-CEF, dentre outros), com validade não superior a 60 (sessenta) dias), os demais documentos deverão ser legivelmente digitalizados dos originais, em formato Portable Document Format (PDF), podendo a administração do CISAMREC, a qualquer tempo, solicitar a apresentação dos originais ou cópia autenticada por cartório competente, PARA CONFERÊNCIA, que deverão ser entregues na Avenida Santos Dumont n. 1980, sala 01A, B. São Luiz, CEP: 88803-200, na cidade de Criciúma SC;

X - Será admitida a forma eletrônica na celebração do Termo de Credenciamento e de termos aditivos, atendidas as exigências previstas resoluções, portarias ou regulamentos do CISAMREC;

XI - As comunicações, informações, notificações, intimações e imposições de penalidades demandadas pelo CREDENCIADOR, serão realizadas através da rede mundial de computadores (internet), no endereço eletrônico (e-mail) declarado pela CREDENCIADA;

XII - As comunicações, informações, defesa prévia e recursos administrativos serão recebidos pelo CREDENCIADOR, através da rede mundial de computadores (internet), no endereço eletrônico: cisamrec@cisamrec.sc.gov.br;

XIII - Os casos omissos neste instrumento serão resolvidos conforme dispositivos da Lei n.º 14.133/2021 legislação pertinente.

FORO

Cláusula 16. As partes elegem o foro da comarca de Criciúma SC, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente Termo de Credenciamento que não puderem ser resolvidas pelas partes.

Criciúma SC) dede 20XX.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC-CISAMREC
(Nome) - Autoridade Competente

NOME CREDENCIADA
(Nome) – Representante legal



ANEXO I ao Termo de Credenciamento

Formulário 3 AV3 - Ficha de Investigação de Óbito - Causa mal definida - Autópsia Verbal



ANEXO II ao Termo de Credenciamento

Formulário MIF - Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil
- Identificação de possível óbito materno



Ficha de Investigação de Óbito

Causa mal definida

Esta ficha não deve ser aplicada para o caso de investigação de óbito materno, isto é, quando as Questões 14 e/ou 15 da Ficha MIF - Investigação de óbito de mulher em idade fértil - identificação de possível óbito materno estiverem assinaladas positivamente: a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte. Para esses casos deve-se utilizar o material preconizado para investigação de morte materna com causa mal definida.

1	Nome do(a) falecido(a)				
2	Nome da mãe				
3	Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4	Data do óbito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Idade	<input type="text"/> <input type="text"/> anos completos	6	Sexo	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
7	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Nº DO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
8	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo cartório)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
9	Local do sepultamento				
LOCAL DA ENTREVISTA					
10	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc)	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	Compl <input type="text"/>
	Bairro	<input type="text"/>	Distrito / Povoado	<input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/> <input type="text"/>	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
	Ponto de Referência				
IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO (A)					
11	Nome do(a) entrevistado(a)				
12	Qual sua relação com o(a) falecido(a)	<input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> outro			
RELATO DO(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZANDO SUAS PRÓPRIAS PALAVRAS					
13	Breve histórico da doença ou situação que levou à morte nas palavras do(a) entrevistado(a)				
14	Breve relato sobre as condições de vida e antecedentes de saúde do(a) falecido(a) e antecedentes familiares				

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES				
15 Doenças e condições antecedentes				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Cirurgia qual? _____	
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> D. Pulmonar qual? _____	
<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> Cancer qual? _____	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Febre reumática	<input type="checkbox"/> Outra doença _____	
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Acamado crônico	<input type="checkbox"/> Internado por transtorno mental		
15.1 Medicação de uso contínuo				
FATORES DE RISCO				
16	Tomava bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
16.1	Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não sabe
16.2	Com que frequência?	<input type="checkbox"/> vezes por _____ (dia, semana, mês ou ano)		<input type="checkbox"/> não sabe
17	Fumava?	<input type="checkbox"/> sim, _____ cigarros	<input type="checkbox"/> charutos	<input type="checkbox"/> cachimbadas
		por _____ (dia, semana, mês ou ano)		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
17.1	Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não sabe
18	Fazia uso de outras drogas (ex.: maconha, cocaína)?	<input type="checkbox"/> sim, _____	<input type="checkbox"/> ex-usuário	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
19	Sofreu algum ferimento/acidente/agressão?	<input type="checkbox"/> sim, _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
20	A pessoa faleceu devido a ferimento/acidente/violência?	<input type="checkbox"/> sim: passe à Questão 67	<input type="checkbox"/> não: continue com a Questão 21	
SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE				
21	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> não sabe
22	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
22.1	A febre era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
22.2	A febre era muito alta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
22.3	Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
22.4	Também teve calafrios e/ou arrepios?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
23	Perdeu peso durante a doença?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> quilos	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
24	Estava muito fraco(a)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
25	Estava descorado(a) e pálido(a) (teve palidez)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
26	Estava com os olhos fundos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27	Teve tosse?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27.1	A tosse era frequente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27.2	Tossia somente quando estava deitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27.3	Vomitava quando tossia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27.4	A tosse era produtiva com catarro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe

27.5	Tossia com sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27.6	Teve suor à tarde e/ou à noite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28	Teve falta de ar? <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.1	A falta de ar impedia seus afazeres (atividades) diários?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.2	Teve falta de ar quando estava deitado(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.3	Teve uma respiração asmática (piados, chiados)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
29	Ficou arroxeadado (cianótico) alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
29.1	Onde? <input type="checkbox"/> ao redor da boca <input type="checkbox"/> nas mãos e nos pés <input type="checkbox"/> no corpo todo <input type="checkbox"/> não sabe			
30	Teve dor no peito? <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.1	Como começou? <input type="checkbox"/> de repente <input type="checkbox"/> gradualmente <input type="checkbox"/> não sabe			
30.2	Quanto tempo durava? <input type="checkbox"/> menos de meia hora <input type="checkbox"/> de meia hora a 24 horas <input type="checkbox"/> mais de 24 horas <input type="checkbox"/> não sabe			
30.3	Onde era a dor? <input type="checkbox"/> no peito à esquerda, abaixo das costelas <input type="checkbox"/> no esterno (osso no meio do peito titela) <input type="checkbox"/> no peito à esquerda e irradiava para o braço esquerdo <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> no peito à direita			
30.4	A dor era: <input type="checkbox"/> contínua <input type="checkbox"/> ia e vinha <input type="checkbox"/> não sabe			
30.5	Piorava quando tossia ou respirava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.6	Piorava quando fazia esforço?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.7	Teve palpitações (sentia o coração acelerado) ao mesmo tempo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.8	Ficava pálido(a) e suando?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31	Teve dor em outro local do corpo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe			
32	Teve diarreia? <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe			
32.1	A diarreia era: <input type="checkbox"/> contínua <input type="checkbox"/> ia e vinha <input type="checkbox"/> não sabe			
32.2	Quantas vezes defecava no dia? <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> não sabe			
32.3	Em algum momento as fezes tinham sangue? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe			
32.4	As fezes pareciam borra de café? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe			
33	Vomitava? <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe			
33.1	Quantas vezes por dia? <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> não sabe			
33.2	Como era o vômito? <input type="checkbox"/> líquido ou coagulado de cor vermelho vivo <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/> líquido e cor de café <input type="checkbox"/> não sabe			
34	Teve dores de barriga/cólicas? <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe			
34.1	A dor/cólica era: <input type="checkbox"/> contínua <input type="checkbox"/> ia e vinha <input type="checkbox"/> não sabe			
34.2	As dores de barriga/cólicas eram fortes? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe			

35	Teve a barriga inchada?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?	<input type="checkbox"/> rapidamente (dias)	<input type="checkbox"/> gradualmente (meses)	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Ficou sem evacuar?	<input type="checkbox"/> sim, por _____ dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
36	Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
36.1	Onde se localizava?	<input type="checkbox"/> parte superior direita da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior direita da barriga	<input type="checkbox"/> em toda a barriga
		<input type="checkbox"/> parte superior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> parte superior da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior da barriga	
37	Teve dificuldades ou dores ao engolir alimentos sólidos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38	Teve dificuldades ou dores ao engolir líquidos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39	Teve dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.2	A dor era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
39.3	As dores eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.4	Vomitava quando tinha dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
40	Esteve mentalmente confuso(a)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
40.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
41	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
41.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
42	Teve convulsões (ataque/epilepsia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
43	Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
44	Teve rigidez de todo o corpo?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
45	Teve paralisia num lado do corpo?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
45.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
45.2	Qual lado do corpo ficou paralisado?	<input type="checkbox"/> direito	<input type="checkbox"/> esquerdo	<input type="checkbox"/> os dois lados
46	As pernas ficaram paralisadas durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica
46.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
47	Teve dificuldades de urinar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
47.1	Urinava de pingo em pingo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
48	Teve alguma mudança na cor da urina?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
49	Em algum momento a urina tinha sangue?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
50	Teve mudança na quantidade de urina por dia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
50.1	Qual?	<input type="checkbox"/> aumentou muito	<input type="checkbox"/> diminuiu muito	<input type="checkbox"/> parou
		<input type="checkbox"/> aumentou pouco	<input type="checkbox"/> diminuiu pouco	<input type="checkbox"/> não sabe

51	Teve feridas na boca?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
52	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
52.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro local _____				
52.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)	<input type="checkbox"/> feridas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
53	Teve coceira?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
53.1	Onde?	_____								
54	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
54.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> ânus	<input type="checkbox"/> vagina	<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
55	Teve algum inchaço?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
55.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas pernas	<input type="checkbox"/> no rosto	<input type="checkbox"/> no corpo todo	<input type="checkbox"/> nas articulações	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____			
56	Teve inguas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
56.1	Onde?	<input type="checkbox"/> no pescoço	<input type="checkbox"/> na nuca	<input type="checkbox"/> na axila	<input type="checkbox"/> na virilha	<input type="checkbox"/> não sabe				
57	Os olhos ficaram de coloração amarelada (icterícia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
PERGUNTAR EM RELAÇÃO A TODAS AS MULHERES										
58	Teve alguma alteração na mama (ferida ou inchaço ou nódulo)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
58.1	Que tipo de alteração?	<input type="checkbox"/> ferida	<input type="checkbox"/> caroço/nódulo	<input type="checkbox"/> inchaço	<input type="checkbox"/> não sabe					
59	Teve corrimento vaginal em grande quantidade?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
59.1	Como era esse corrimento?	<input type="checkbox"/> com mau cheiro	<input type="checkbox"/> esverdeado	<input type="checkbox"/> amarelado	<input type="checkbox"/> sanguinolento	<input type="checkbox"/> não sabe				
60	A mulher menstruava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
60.1	Sangrava muito durante o período menstrual?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
60.2	Sangrava entre os períodos menstruais?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
61	Tinha as trompas ligadas (laqueadura)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
62	Quantas vezes esteve grávida?	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> não sabe						
62.1	Quantas gravidezes resultaram em: (número de)	<input type="checkbox"/> abortos	<input type="checkbox"/> nascidos vivos	<input type="checkbox"/> nascidos mortos	<input type="checkbox"/> não sabe					
62.2	Qual a data do último parto/aborto?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> não sabe						

HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA

67 Sofreu algum ferimento/acidente/violência que tivesse levado à morte? sim não não sabe

67.1 Qual?

acidente de trânsito _____ corte afogamento
 envenenamento/intoxicação _____ sufocação queimaduras
 queda _____ pancada não sabe
 outro _____

67.2 Como, onde e quando aconteceu?

68 Foi mordido(a)/picado(a) por algum animal/inseto que levou à sua morte? sim não não sabe

SERVIÇOS DE SAÚDE E TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU A MORTE

69 Foi internado(a) durante a doença que levou à morte? sim não não sabe

69.1 Onde foi a última internação?

69.2 Qual a data do último atendimento neste hospital antes da morte? não sabe

69.3 Algum profissional de saúde informou sobre a doença? sim não não sabe

69.4 O que ele disse?

69.5 Qual foi o tratamento indicado?

70 Foi atendido(a) em outro estabelecimento de saúde durante a doença que levou à morte (UBS, PSF, Clínica)? sim não não sabe

70.1 Onde foi o último atendimento?

70.2 Qual a data do último atendimento neste estabelecimento antes da morte? não sabe

70.3 Algum profissional de saúde informou sobre a doença? sim não não sabe

70.4 O que ele disse?

70.5 Qual foi o tratamento indicado?

71 Foi operado(a) por causa da doença? sim não não sabe

71.1 Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)? meses dias não sabe

71.2 Que parte do corpo foi operada? não sabe

72 Se não recebeu tratamento em serviços de saúde porque não?

<input type="checkbox"/> não percebeu que necessitava de atendimento	<input type="checkbox"/> chegou ao local mas não teve atendimento
<input type="checkbox"/> não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento	<input type="checkbox"/> outro _____
<input type="checkbox"/> encontrou morto	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> não quis / não aceitou	<input type="checkbox"/> não sabe

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES

73 Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte se houver

74 Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte se houver

75 Tomou vacinas nos últimos 10 anos? sim não não sabe

75.1 Quais? dupla (difteria e tétano) hepatite febre amarela não sabe

tríplice (sarampo, rubéola, caxumba) gripe pneumococo outra _____

76 Observações do entrevistador (Sobre as condições de vida e de moradia do falecido sobre a qualidade da entrevista, se o entrevistado colaborou ou não se tinha dificuldade para se expressar, e sobre alguma circunstância da morte que considere relevante.)

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL

CAUSAS DA MORTE DEPOIS DA ENTREVISTA CID-10

Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	
	Causas antecedentes	b	Devido ou como consequência de
	Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica	c	Devido ou como consequência de
		d	Devido ou como consequência de
Parte II	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima		

Data da entrevista

Data final da análise

Nome dos entrevistadores _____

Profissionais médicos que analisaram as informações _____



--	--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1 Nome da falecida	
2 N° da Declaração de Óbito	3 Data do óbito
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)	N°
Bairro	Distrito/Povoado
5 Município de residência	UF
6 N° do Cartão SUS	7 Equipe/PACS/PSF
8 Centro de Saúde/UBS	9 Distrito Sanitário/Administrativo
OCORRÊNCIA	
10 Local de ocorrência do óbito	
Nome do estabelecimento	Código CNES
11 Município de ocorrência	UF
IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO	
12 A falecida estava grávida no momento do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
13 A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Em caso positivo ou "não sabe" em qualquer das perguntas (12 e 13) acima deve-se prosseguir com a M3 – Ficha de Investigação do Óbito Materno – Entrevista domiciliar. Em caso negativo a Ficha de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida e o formulário da Autópsia Verbal devem ser aplicados durante a entrevista domiciliar se a causa da morte for mal definida ou indeterminada.	
14 Resumo do caso – Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno.	
15 Data da investigação	
16 Responsável pela investigação	
Nome	Carimbo e rubrica