



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

EDITAL Nº 01/2.018 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA – CISAP

1 – PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, por meio da Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, designada pela Portaria nº 01/18, de 12 de Março de 2.018 e de conformidade com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1.286/93 do Ministério da Saúde e demais legislação aplicável, torna pública a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA, nos termos das condições estabelecidos no presente Instrumento de Chamamento.

2 – OBJETO

2.1 – Tem por objeto o Credenciamento na área médica e odontológica de pessoas jurídicas para prestação de serviços em Consultas Especializadas, Diagnósticos e Procedimentos que deverão ser prestados em instalações do(a) CREDENCIADO(A), ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados.

3 – RELAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

3.1 – Os descritos no Anexo IV deste Chamamento.

4 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Poderão participar do Credenciamento as pessoas jurídicas da área de Saúde que mantenham, em seus quadros, profissionais das áreas especializadas respectivas que gozem de boa reputação profissional, desde que atendidos os requisitos dos itens 6 e 7, tais como exigidos neste instrumento; além disso, as pessoas jurídicas passíveis de credenciamento devem atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório;

4.2 – Poderão participar pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste instrumento, vedados os que cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

5 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

5.1 – Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir de 01/10/2.018, conforme publicação do presente edital no jornal de circulação local e/ou pelo site www.cisapsp.com.br, fazendo-o pelos seguintes meios abaixo referidos:

5.2 – Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os Documentos enumerados no item 7.1 e 7.2 deste instrumento.

5.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento, para o exercício de 2.018/2.019, a qualquer momento a partir de 01/10/2.018, pelo período de 01 (um) ano.

5.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição a partir de 01 de Outubro de 2.018 e serão analisadas pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de acordo com as necessidades do CISAP, sujeitando-se à efetiva demanda do serviço.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

5.5 – Os modelos de formulários para cadastramento estarão disponíveis diretamente na sede administrativa do CISAP, conforme os anexos deste instrumento convocatório, sito na Rua Ricardo Ponciano, nº 508, Centro, telefone (18) 3528-4738, CEP 17700-000, na Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz – SP., das 8:00 horas às 17:00 horas de segunda a sexta feira, ou pelo site www.cisapsp.com.br.

6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 – Encaminhar na data prevista, a partir de 01/10/2.018, os documentos relacionados no item 7 à Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta-feira, das 08:00 horas às 17:00 horas, no endereço do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, Rua Ricardo Ponciano, nº 508, Centro, telefone (18) 3528-4738, CEP 17700-000, na Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz-SP, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2.018

INTERESSADO: _____

ESPECIALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

7 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

7.1 – Pessoa Jurídica:

- a) Requerimento, conforme Anexo I;
- b) Cópia da inscrição no CNPJ;
- c) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social consolidado, chancelado pela junta Comercial ou Cartório de Títulos e Documentos, conforme o caso em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- d) Declaração do credenciado de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com Anexo II;
- e) Declaração de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 (Anexo III);
- f) Prova de regularidade fiscal com a Receita Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União).
- g) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Estadual;
- h) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica credenciada;
- i) Prova de regularidade para com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito emitida pelo INSS);
- j) Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);
- k) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente (CRM ou equivalente), do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços, com a comprovação de vínculo na empresa;
- l) Cópia do R.G. e do C.P.F do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços;
- m) Título de Especialização (Residência) na área pleiteada; ou comprovante de Especialização (Residência) em curso; ou comprovante de experiência mínima de 02 (dois) anos de atuação na especialidade, do(s) profissional(is) que executarão os serviços.

OBSERVAÇÃO:- a documentação solicitada poderá ser apresentada em xerox, sendo de inteira responsabilidade do interessado a veracidade dos documentos.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

7.2 – As pessoas jurídicas poderão inscrever-se em mais de uma especialidade, desde que preenchidos os requisitos na respectiva área, ou optar parcialmente por atividade(s) relacionada(s) na tabela em anexo.

NOTA: É dispensada a comprovação de regularidade Fiscal Estadual (alínea h) para as empresas que praticam atividades exclusivamente como prestadoras de serviços.

8 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO

8.1 – Ao requerer a inscrição para cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 7.1 e 7.2 acima.

8.2 – Não será aceito cadastro com documentação incompleta. O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação e será renovado anualmente.

8.3 – Os inscritos serão cadastrados por especialidade, segundo a avaliação técnica da documentação relacionada no item 7.1 e 7.2.

8.4 – Aos inscritos será fornecido certificado, renovável, que poderá a qualquer tempo ser alterado, suspenso ou cancelado no caso do credenciado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para cadastramento.

8.5 - O cadastramento será amplamente divulgado em periódicos e estará permanentemente aberto aos interessados, com exposição no quadro de avisos do CISAP e pelo site www.cisapsp.com.br.

8.6 - Para renovação do Credenciamento, o CISAP procederá ao chamamento público dos interessados através de jornal de circulação local ou regional e/ou pelo site www.cisapsp.com.br, para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

9 – DO VALOR E PRAZO DA EXECUÇÃO

9.1 - A remuneração pela prestação dos serviços será regida pela TABELA CISAP N° 01/2.018 e, nos casos omissos, será observada a Tabela aprovada pelo SUS, referência SIA-SIH/SUS.

9.2 - O prazo de execução será de 01 (um) ano, a partir da data de assinatura da Ordem de Execução de Serviços, sendo que os Credenciamentos efetivados em anos anteriores permanecem com validade durante a sua vigência, a menos que haja solicitação de revogação pelo Credenciado (a) ou a critério do Presidente do Conselho de Prefeitos. Ressalta-se que, havendo necessidade e interesse, poderá haver aditamentos nos termos da Lei nº 8.666/93;

9.3 - A vigência do presente Instrumento fica vinculada à existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações.

10 – DO LOCAL DE ATENDIMENTO

10.1 - Os atendimentos a que se referem no presente Edital deverão ser realizados em qualquer Município integrante deste Consórcio, em instalações do(a) Credenciado(a), ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados.

10.2 – Nos casos de especialidades e atividades com utilização de equipamentos de alta complexidade, ou pela necessidade da utilização de serviços profissionais carentes na área, os atendimentos poderão ser realizados em outros Municípios não pertencentes ao Consórcio.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

10.3 – A utilização do local de atendimento, indicado pelo interessado ao credenciamento, não implicará em qualquer forma de responsabilidade e ônus por parte do CISAP.

11 – CRITÉRIO DE REAJUSTE

Os valores dos procedimentos indicados no item 9 não sofrerão reajuste no período de vigência do presente Credenciamento.

12 - DA FORMA DE FORNECIMENTO

12.1 - O Município Consorciado providenciará o encaminhamento do paciente, através de impresso próprio, preenchendo devidamente os dados constantes na Guia de Referência (Encaminhamento ou Retorno) e, obrigatoriamente, realizar o agendamento na sede administrativa do Consórcio.

12.2 – O(A) Credenciado(a) deverá anotar a solicitação do atendimento, mediante requisição do serviço de saúde do Município Consorciado.

12.3 – O paciente será atendido no local indicado com apresentação do impresso referido, devendo o(a) Credenciado(a) registrar o atendimento e posterior devolução do documento ao CISAP.

12.4 – No caso das Consultas, o(a) Credenciado(a) deverá enviar a Contra-referência das consultas realizadas, para acompanhamento e sequência de atendimento pela Unidade requisitante.

12.5 – No caso dos Exames, o(a) Credenciado(a) deverá providenciar os laudos que serão entregues aos pacientes ou retirados pela localidade de origem, para acompanhamento e sequência de atendimento pela Unidade requisitante.

12.6 – No caso de sessões de terapia, a quantidade de atendimento dos retornos deverá ser determinada pelo(a) Credenciado(a), visando o efetivo tratamento do paciente.

12.7 – Fica determinado o prazo máximo de 08 (oito) dias para expedição dos laudos de rotina, exceto nos casos comprovados de urgência cujos resultados deverão ser restritos ao menor tempo possível.

12.8 – Os serviços de responsabilidade do(a) Credenciado(a) deverão ser realizados nas melhores condições de atendimento à população.

13 – DO FATURAMENTO

13.1 – A competência para faturamento das guias de autorizações de consultas, exames e procedimentos será sempre do dia 20 ao dia 19 do mês subsequente.

13.2 – O(A) credenciado(a) deverá enviar em envelope fechado, ao CISAP, o relatório de produção mensal juntamente com as guias de autorizações e nota fiscal individualizada por Município Consorciado a que prestou o serviço.

13.3 – O prazo de entrega dos documentos constantes no item anterior, será o terceiro dia útil após o fechamento da competência.

13.4 – Após a validação dos documentos realizado pelo CISAP, este encaminhará ao Município Consorciado, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente ao do serviço prestado, a solicitação do repasse dos valores para pagamento do(a) credenciado(a).



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

13.5 – Os documentos recebidos após a data determinada no item 13.3, serão faturados na competência seguinte.

14 - DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

14.1 – O valor dos atendimentos dos pacientes agendados para retorno, no caso de consultas, será calculado de acordo com o seguinte critério:-

- a) retorno até 30 (trinta) dias = sem ônus para o CISAP.
- b) retorno com mais de 30 (trinta) dias = valor unitário integral.

14.2 – Não será pago o exame do mesmo tipo, para o mesmo paciente, realizado com intervalo de até 30 (trinta) dias, exceto em caso excepcional, referendado pelo Município Consorciado.

14.3 – O valor referente aos atendimentos do mês será pago obedecendo ao critério da proporcionalidade, calculado pelo valor unitário, conforme a quantidade realizada.

14.4 – Os pagamentos serão efetuados mensalmente, no mês seguinte ao da prestação do serviço, ou conforme disponibilidade de repasses financeiros das Prefeituras Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

14.5 – Não será efetuada nenhuma antecipação de pagamento do valor ou parte do valor a ser contratado, seja a qualquer título.

14.6 – O pagamento poderá ser realizado através de TED, DOC, TEV ou depósito bancário para a conta corrente de titularidade do(a) credenciado(a) ou por emissão de cheque nominal.

14.7 - O pagamento pelos serviços, ora credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das respectivas Áreas Médicas e Odontológicas.

14.8 - É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

14.9 - A remuneração será conforme TABELA CISAP Nº 01/2.018, na forma do Anexo IV.

15 - DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO

As despesas decorrentes do presente Edital de Credenciamento correrão por conta do CISAP, através de repasses das Prefeituras Municipais Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

16 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista - CISAP, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos credenciados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8666/93. Em caso de aplicação de multa, esta será de 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços contratados.

17 – RECURSOS

É assegurado o direito de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93.

18 – DISPOSIÇÕES GERAIS



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

18.1 – Esclarecimentos relativos ao presente e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto serão prestados pela Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta-feira, em horário de expediente.

18.2 – Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

19 – ANEXOS

19.1 – Integram o presente instrumento os seguintes anexos:

I - Modelo de requerimento para credenciamento de Pessoa Jurídica;

II - Modelo de Declaração de Idoneidade;

III - Modelo de Declaração de cumprimento à observância ao disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal;

IV – TABELA CISAP Nº 01/2.018 – (consultas especializadas, diagnósticos e procedimentos);

V - Informe da prestação de serviços;

VI – Ordem de Execução de Serviços (Minuta);

VII – Procuração.

Osvaldo Cruz-SP, 28 de Setembro de 2018

RICARDO RIVED GARCIA
PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO I – PESSOA JURÍDICA

(Em papel timbrado da empresa interessada)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP,

_____, abaixo qualificado, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA, CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2.018, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, objetivando a prestação de serviços na especialidade de _____.

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CEP _____ CIDADE _____ ESTADO _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____

CEP _____ CIDADE _____ ESTADO _____

CRM: _____ RG _____ CPF _____

ESPECIALIDADE _____

ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS _____

(Relacionar as atividades de acordo com a TABELA CISAP Nº 01/2.018, Anexo IV, os serviços pretendidos)

Osvaldo Cruz - SP, ____ de _____ de 2.018.

(nome e assinatura do solicitante)



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO II

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciado(s) do Cadastro de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2.018, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, que não sou (somos) declarado(s) inidôneo(s) para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Osvaldo Cruz-SP, ___ de _____ de 2.018.

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO III

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

DECLARAÇÃO DE OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA
CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciado(s) do
Cadastramento de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2.018, que cumpri(mos) o
disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Osvaldo Cruz, _____ de _____ de 2.018.

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO IVTABELA CISAP Nº 01/ 2.018VALORES UNITÁRIOS DOS SERVIÇOS

| Código | Especialidade | Atividade | Valor Unitário |
|--------|---------------------------------|--|----------------|
| 001 | Otorrinolaringologia | Consulta | 30,00 |
| | | Pequenos Procedimentos | 50,00 |
| | | Videofibrosopia | 70,00 |
| | | Videolaringoscopia | 80,00 |
| | | Retirada de corpo estranho da faringe/ouvido/laringe/nariz | 150,00 |
| | | Cirurgia - Amigdalectomia | |
| 002 | Cirurgia de Amigdalectomia | Anestesista | 150,00 |
| | | Cirurgião | 300,00 |
| | | Hospital | 350,00 |
| | | Anátomo - Patológico | 200,00 |
| 003 | Cirurgia de Adenóidectomia | Anestesista | 100,00 |
| | | Cirurgião | 300,00 |
| | | Hospital | 350,00 |
| | | Anátomo - Patológico | 200,00 |
| 004 | Cirurgia de Adenoamigdalectomia | Anestesista | 250,00 |
| | | Cirurgião | 500,00 |
| | | Hospital | 350,00 |
| | | Anátomo - Patológico | 300,00 |
| 005 | Dermatologia | Consulta | 30,00 |
| | | Pequenos Procedimentos | 70,00 |
| 006 | Gastroenterologia | Consulta | 30,00 |
| | | Endoscopia digestiva alta com laudo | 300,00 |
| | | Endoscopia com biópsia | 250,00 |
| | | Endoscopia sem biópsia | 180,00 |
| | | Colonoscopia com laudo | 420,00 |
| | | Retossigmoidoscopia | 250,00 |
| | | Exame Proctológico | 80,00 |
| | | Videoendoscopia | 280,00 |
| 007 | Ultrassonografia | Pélvico | 70,00 |
| | | Obstétrico | 70,00 |
| | | Abdômen total | 90,00 |

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------|
| 007 | Ultrassonografia (continuação) | Abdômen superior | 70,00 |
| | | Aparelho urinário masc. ou femin. | 70,00 |
| | | Tecidos moles | 80,00 |
| | | Articulações | 70,00 |
| | | Endovaginal | 90,00 |
| | | Mamas | 75,00 |
| | | Trans-retal | 75,00 |
| | | Bolsa escrotal | 70,00 |
| | | Próstata (via abdominal) | 70,00 |
| | | Próstata (via trans-retal) | 80,00 |
| | | Tireóide | 70,00 |
| | | Tórax | 80,00 |
| | | Pênis | 70,00 |
| | | Transvaginal gestante | 80,00 |
| | | Transfontanela | 80,00 |
| | | Cervical | 80,00 |
| | | Obstétrico morfológico | 180,00 |
| | | Obstétrico gemelar | 180,00 |
| | | Órgãos e estruturas superficiais | 180,00 |
| | | Doppler Color abdômen superior | 200,00 |
| | | Doppler Color abdômen total | 200,00 |
| | | Doppler Color carótidas | 200,00 |
| | | Doppler Color artérias e vasos | 200,00 |
| | | Doppler Color arterial M.S. | 200,00 |
| | | Doppler Color arterial M.I. | 200,00 |
| | | Doppler Color venoso M.S. | 200,00 |
| | | Doppler Color venoso M.I. | 200,00 |
| Doppler Color org. estr. superf. | 200,00 | | |
| Doppler Color aparelho urinário | 200,00 | | |
| Doppler Color ginecológico | 200,00 | | |
| Doppler Color endovaginal | 200,00 | | |
| Doppler Color bolsa escrotal | 200,00 | | |
| Ultrassom 3D/4D | 200,00 | | |
| 008 | Mamografia digital | Mamografia | 90,00 |
| 009 | Estomatologia | Consulta | 100,00 |
| | | Coleta de biópsia | 200,00 |
| 010 | Pediatria | Consulta | 30,00 |
| 011 | Clínica Geral | Consulta | 30,00 |
| 012 | Reumatologia | Consulta | 30,00 |
| 013 | Endocrinologia | Consulta | 30,00 |

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

| | | | |
|--|-----------------------|------------------------------------|--------|
| 014 | Ginecologia/Obstetria | Consulta | 30,00 |
| 015 | Ortopedia | Consulta | 25,00 |
| | | Pequenos Procedimentos | 50,00 |
| 016 | Odontologia | Consulta (avaliação) | 30,00 |
| | | Aparelho ortodôntico | 100,00 |
| | | Manutenção de aparelho ortodôntico | 80,00 |
| | | Prótese total e/ou parcial | 300,00 |
| | | Endodontia unirradicular | 160,00 |
| | | Endodontia birradicular | 200,00 |
| | | Endodontia trirradicular | 240,00 |
| | | Radiografia panorâmica | 50,00 |
| | | Radiografia periapical bucal total | 80,00 |
| | | Radiografia periapical | 20,00 |
| | | Raspagem periodontal | 70,00 |
| | | Exodontia simples | 50,00 |
| | | Exodontia complexa | 90,00 |
| | | Restauração com amálgama (1 face) | 60,00 |
| | | Restauração com amálgama (2 faces) | 70,00 |
| | | Restauração com amálgama (3 faces) | 80,00 |
| | | Restauração com amálgama (4 faces) | 90,00 |
| Restauração com resina fotopolimerizável (1 face) | 80,00 | | |
| Restauração com resina fotopolimerizável (2 faces) | 90,00 | | |
| Restauração com resina fotopolimerizável (3 faces) | 100,00 | | |
| Restauração com resina fotopolimerizável (4 faces) | 110,00 | | |
| 017 | Vascular | Consulta | 30,00 |
| | | Pequenos Procedimentos | 70,00 |
| 018 | Urologia | Consulta | 30,00 |
| | | Pequenos Procedimentos | 70,00 |
| | | Uretrocistoscopia | 270,00 |
| | | Urofluxometria | 50,00 |
| 019 | Neurologia | Consulta | 50,00 |
| | | Eletroencefalografia sem sedação | 80,00 |
| | | Eletroencefalografia com sedação | 180,00 |
| | | Eletroneuromiografia (2 membros) | 200,00 |
| | | Eletroneuromiografia (4 membros) | 300,00 |
| 020 | Fonoaudiologia | Consulta | 30,00 |
| | | Fonoterapia (seção) | 15,00 |
| | | Audiometria | 50,00 |
| 021 | Psicologia | Consulta | 30,00 |
| | | Psicoterapia (sessão em grupo) | 20,00 |

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

| | | | |
|-----|--------------|---|--------|
| | | Psicoterapia (sessão individual) | 15,00 |
| 022 | Acupuntura | Acupuntura com agulhas e sem agulhas, massagem terapêutica, reflexologia, massagem terapêutica, shiatsu. (por sessão) | 30,00 |
| 023 | Fisioterapia | Atendimento Fisioterapêutico (primeiro) | 30,00 |
| | | Fisioterapia por sessão sem aparelhos | 15,00 |
| | | Fisioterapia por sessão com aparelhos | 20,00 |
| | | Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar | 20,00 |
| | | Atendim. Fisioterapêutico Equoterapia - Reabil. | 80,00 |
| | | Educação/Reed. Inserção Social Pré-esportiva | 60,00 |
| 024 | Pneumologia | Consulta | 30,00 |
| | | Espirometria | 70,00 |
| | | Broncoscopia | 200,00 |
| | | Teste de Alergia | 50,00 |
| | | Polissonografia | 400,00 |
| 025 | Cardiologia | Consulta | 24,00 |
| | | Teste Ergométrico | 85,00 |
| | | Eletrocardiograma | 20,00 |
| | | Holter | 90,00 |
| | | Ecocardio Color Doppler Bidimensional | 85,00 |
| | | Ecocardio com stress | 250,00 |
| | | M.A.P.A. | 100,00 |
| | | Avaliação Cardiológica Cirúrgica | 20,00 |
| 026 | Raio X | Cabeça | |
| | | Crânio | 70,00 |
| | | Órbitas | 70,00 |
| | | Seios da face | 70,00 |
| | | Seios da face c/ hirtz | 70,00 |
| | | Sela túrcica | 70,00 |
| | | Maxilar inferior | 70,00 |
| | | Ossos da face | 70,00 |
| | | Arcada zigomática | 70,00 |
| | | Articulação têmporo-mandibular | 70,00 |
| | | Adenóides laterais | 70,00 |
| | | Cavum | 70,00 |
| | | Mastóides | 70,00 |
| | | Coluna | |
| | | Cervical | 70,00 |
| | | Cervical c/ obls | 70,00 |
| | | Cervical func. ou dinâmica | 70,00 |
| | | Dorsal | 70,00 |
| | | Dorsal c/ obls | 70,00 |

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

| | | | | |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------|--|
| 026 | Raio X (continuação) | Dorso-lombar dinâmica | 70,00 | |
| | | Lombar | 70,00 | |
| | | Lombar c/ obls | 70,00 | |
| | | Lombar func. ou dinâmica | 70,00 | |
| | | Total p/ escoliose | 70,00 | |
| | | Sacro-cóccix | 70,00 | |
| | | Membros superiores | | |
| | | Esterno | 70,00 | |
| | | Costelas por hemitórax | 70,00 | |
| | | Clavícula | 70,00 | |
| | | Ombro | 70,00 | |
| | | Braço | 70,00 | |
| | | Cotovelo | 70,00 | |
| | | Antebraço | 70,00 | |
| | | Punho | 70,00 | |
| | | Mão | 70,00 | |
| | | Idade óssea | 70,00 | |
| | | Membros inferiores | | |
| | | Bacia | 70,00 | |
| | | Bacia 2 incid. | 70,00 | |
| | | Articulações sacro-ilíacas | 70,00 | |
| | | Articulação coxo-femural unilat. | 70,00 | |
| | | Coxa (fêmur) | 70,00 | |
| | | Joelho | 70,00 | |
| | | Joelho c/ axial | 70,00 | |
| | | Joelho fp + obls + 3 axias | 70,00 | |
| | | Perna | 70,00 | |
| | | Tornozelo | 70,00 | |
| | | Pé | 70,00 | |
| | | Calcâneo | 70,00 | |
| | | Panorama de membros inferiores | 70,00 | |
| | | Escanometria | 70,00 | |
| | | Tórax | | |
| | | Tórax PA | 70,00 | |
| | | Tórax FP | 70,00 | |
| | | Tórax FP + OBLS | 70,00 | |
| | | Tórax PA (INSP. + EP.) + LAT. | 70,00 | |
| Tórax ápico lordótica | 70,00 | | | |
| Aparelho digestivo | | | | |
| Esôfago | 180,00 | | | |
| Est. e duodeno | 180,00 | | | |
| E.E.P. | 180,00 | | | |
| Trânsito intestinal | 180,00 | | | |
| Enema opaco | 180,00 | | | |
| Aparelho urinário | | | | |

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

| | | | |
|-------------|----------------------------------|---|-------------|
| 026 | Raio X (continuação) | Urografia excretora | 180,00 |
| | | Urografia venosa minutada 1,2,3 | 180,00 |
| | | Uretrocistografia | 180,00 |
| | | Abdômen | |
| | | Abdômen simples | 70,00 |
| | | Abdômen 2 inc. | 70,00 |
| | | Abdômen agudo | 70,00 |
| 027 | Densitometria óssea | Densitometria óssea | 70,00 |
| 028 | Ressonância Nuclear Magnética | Sem contraste | |
| | | Crânio | 450,00 |
| | | Coluna cervical | 450,00 |
| | | Coluna dorsal | 450,00 |
| | | Coluna lombar | 450,00 |
| | | Pescoço | 450,00 |
| | | Tórax | 450,00 |
| | | Abdômen superior | 450,00 |
| | | Bacia ou pelve | 450,00 |
| | | A.T.M. (unilateral) | 450,00 |
| | | Cotovelo e punho (unilateral) | 450,00 |
| | | Membros (inferior e superior) | 450,00 |
| | | Coxo-femural (bilateral) | 450,00 |
| | | Joelho (unilateral) | 450,00 |
| | | Tornozelo ou pé | 450,00 |
| | | Segmento apendicular (unilateral) | 450,00 |
| | | Angio-ressonância | 450,00 |
| Com sedação | 500,00 | | |
| 029 | Tomografia Computadorizada | Membro Superior e Inferior | 210,00 |
| | | Face ou seios da face ou sela túrcica | 230,00 |
| | | Segmentos apendiculares | 230,00 |
| | | Coluna lombo sacra ou torácica c/ ou s/ Contraste | 230,00 |
| | | Coluna cervical c/ ou s/ Contraste | 250,00 |
| | | Crânio | 250,00 |
| | | Pescoço ou articulação membros superiores | 250,00 |
| | | Tórax | 250,00 |
| | | Bacia ou articulação membros inferiores | 250,00 |
| | | Tórax de alta resolução (P.A.) | 335,00 |
| | | Pelve ou Vias Urinárias ou Abdômen Superior | 335,00 |
| | | Abdômen Total | 550,00 |
| | | 030 | Psiquiatria |
| 031 | Oftalmologia | Consulta | 25,00 |
| | | Pequenos Procedimentos | 25,00 |

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--|-------|
| 032 | Exames Laboratoriais | Ácido Úrico | 5,00 |
| | | Antiestreptolisina “O” – ASLO – Qualitativo | 8,50 |
| | | Beta HCG Qualitativo | 14,00 |
| | | Bilirrubina Total e Frações | 5,00 |
| | | Colesterol Total e Frações | 17,00 |
| | | Creatina Fosfoquinase, CPK | 5,00 |
| | | Creatinina | 4,50 |
| | | Cultura – Urina Identificação | 17,00 |
| | | FAN – Fator Antinuclear | 23,00 |
| | | FTA-Abs IgG, Anticorpos Anti | 23,00 |
| | | Gama Glutamiltransferase (Gama-GT) | 8,00 |
| | | Glicose em Jejum | 5,20 |
| | | Hemoglobina Glicada | 18,00 |
| | | Hemograma Completo | 13,00 |
| | | Hepatite B – Anti HBc IgM e IGM | 11,00 |
| | | Hepatite B – Anti HBs | 18,50 |
| | | Hepatite B – HBsAg (Antígeno Austrália) | 20,00 |
| | | Hepatite C – Anti HCV | 20,00 |
| | | IgE (Específico) – Latex (K82) | 9,00 |
| | | LDH – Lactato Desidrogenase | 8,00 |
| | | Lítio | 8,50 |
| | | Microalbuminúria – Amostra isolada | 18,00 |
| | | Parasitológico de fezes | 6,50 |
| | | Potássio | 5,00 |
| | | Proteína C Reativa – Qualitativa | 9,00 |
| | | Proteína Urinária (Urina 24 horas) | 9,00 |
| | | PSA Total – Antígeno Prostático Específico | 23,80 |
| | | Sódio | 5,00 |
| | | T3 – Triiodotironina | 13,50 |
| | | T4 – Tiroxina (Total) | 13,50 |
| | | Tempo de Atividades da Protrombina – TAP TTPA | 17,00 |
| | | Toxoplasmose IgG (ECLIA) | 37,00 |
| | | Transaminase Oxalacética (TGO) | 5,00 |
| | | Transaminase Pirúvica (TGP) | 5,00 |
| | | Triglicerídeos | 6,00 |
| | | TSH – Hormônio Tiroestimulante - Ultrasensível | 13,80 |
| | | Uréia | 5,00 |
| | | Uréia Urinária (Urina 24 horas) | 8,00 |
| | | Urina Tipo I | 6,00 |
| | | VDRL – Lues | 8,70 |
| | | VHS – Velocidade de Hemossedimentação | 5,00 |
| Vitamina B12 | 18,00 | | |
| Vitamina D 1,25 Dihidroxi | 33,00 | | |



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO V

INFORME DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONFORME EDITAL Nº 01/2.018 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA.

A finalidade do presente é informar a esse CISAP que a partir da assinatura do termo contratual, estaremos iniciando a prestação dos serviços credenciados por meio do Edital nº 01/2.018 para credenciamento de pessoas jurídicas da área médica e odontológica, aos pacientes encaminhados pelos Municípios Consorciados.

Endereço para atendimento: _____

Telefone para contato: _____

Endereço eletrônico: _____

A média de atendimentos possíveis por semana, dias da semana e horário para atendimento:

Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos do CISAP que a mim(nós) serão cedidos.

Atenciosamente,

Osvaldo Cruz, ___ de _____ de 2.018

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO VI

CREENCIAMENTO – CISAP Nº. 01/2.018

CREENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES DE SAÚDE

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº ____/2.01__ – (MINUTA)

Pela presente Ordem de Execução de Serviços, o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP, constituído sob forma de Consórcio Público, com personalidade jurídica de direito público, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 02.675.363/0001-52, estabelecido à Rua Ricardo Ponciano, nº 508, Centro, na cidade de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, CEP – 17.700-000, TEL. (18) 3528-4738, neste ato representado por seu Presidente, SR. RICARDO RIVED GARCIA, brasileiro, casado, portador do RG nº 13.322.638-4–SSP-SP e do CPF nº 117.242.038-60, residente e domiciliado à Rua Arminda Trindade Ribas, nº 228 na cidade de Sagres, Estado de São Paulo, AUTORIZA, a Empresa (qualificação) _____ pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, em _____, Estado de _____, neste ato representada por _____ (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, (CRM ou equivalente), residente e domiciliado(a) na cidade de _____, a iniciar a prestação dos Serviços Médicos ou Odontológicos Especializados de _____ - objeto do Credenciamento nº 01/2.018, de CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE ESPECIALIDADES DE SAÚDE, nos termos da Lei nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90, Portaria nº 358/2.006 e legislação pertinente, nas condições e termos seguintes:

01) A presente Ordem de Execução de Serviços visa atender ao Credenciamento nº 01/2.018 que tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas da área da Saúde, para a prestação de serviços complementares ao CISAP, no ano de 2.018/2.019, na(s) seguinte(s) especialidade(s) da TABELA CISAP Nº 01/ 2.018:-

- Otorrinolaringologia
- Cirurgia de Amigdalectomia
- Cirurgia de Adenóidectomia
- Cirurgia de Adenoamigdalectomia
- Dermatologia
- Gastroenterologia
- Ultrassonografia
- Mamografia digital
- Estomatologia
- Pediatria
- Clínica Geral
- Reumatologia
- Endocrinologia
- Ginecologia/Obstetrícia
- Ortopedia



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

- Odontologia
- Vascular
- Urologia
- Neurologia
- Fonoaudiologia
- Psicologia
- Acupuntura
- Fisioterapia
- Pneumologia
- Cardiologia
- Exames de Raio X
- Densitometria óssea
- Ressonância Nuclear Magnética
- Tomografia Computadorizada
- Psiquiatria
- Oftalmologia
- Exames Laboratoriais

02) A Credenciada se responsabiliza em manter em seu quadro funcional profissional da área da saúde detentor de boa reputação profissional, bem como conservar durante a vigência deste Termo os requisitos atendidos no item 7.1 do edital de Credenciamento nº 01/2.018, além das condições e dos critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

03) O valor dos serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviços para o exercício de 2.018/2.019 será fixado de acordo com as necessidades das Secretarias e Departamentos Municipais de Saúde dos Consorciados, sendo que os procedimentos devem atender a TABELA CISAP Nº 01/ 2.018.

04) Os pagamentos serão efetuados mensalmente, no mês seguinte ao da prestação do serviço, ou conforme disponibilidade de repasses financeiros das Prefeituras Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

05) O pagamento poderá ser realizado através de TED, DOC, TEV ou depósito bancário para a conta corrente de titularidade do(a) credenciado(a) ou por emissão de cheque nominal.

06) As despesas decorrentes do credenciamento deste Chamamento correrão por conta de recursos da dotação orçamentária dos Municípios Consorciados – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

07) O profissional cadastrado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado a intenção no descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

08) Caberá à Secretaria/Diretoria de Saúde, a qual o credenciado presta os serviços a fiscalização da prestação dos serviços através de planilha própria, conforme cada área de atendimento.

09) A presente Ordem de Execução de Serviços terá prazo de execução a partir de ___/___/___ por período de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos de tempo, até o máximo legal permitido pelo artigo 57, inciso II, da Lei das Licitações, por decisão unilateral do CISAP e firmado através de Termo Aditivo.

10) A presente Ordem de Execução de Serviços não caracteriza nenhum vínculo empregatício.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

11) A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviços poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo CISAP.

12) O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o Credenciado deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como se não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

12.1) Poderá ainda ser suspenso o credenciamento, a critério do CISAP durante o processo que investigue quaisquer irregularidades praticadas pelo credenciado e que sejam denunciadas por quaisquer dos Municípios Consorciados ou por usuários.

12.2) O CISAP poderá também suspender o processo de cadastramento caso o cadastrado se encontre na situação do item anterior, por procedimento executado em razão de cadastramento anterior.

12.3) O descredenciamento poderá ser realizado por solicitação do Credenciado (a) ou a critério do Presidente do Conselho de Prefeitos com a devida justificativa.

13) É vedada a cobrança de sobretaxas pelo Credenciado, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos Credenciamentos a qualquer momento.

14) Os reajustes serão feitos de acordo com a necessidade, sendo obrigatória a comprovação do desequilíbrio financeiro ou a defasagem do valor, que poderá ser revisto com base nos índices acordados pela Comissão de Licitação e aprovado pelo Conselho de Prefeitos.

15) O valor dos procedimentos indicados na TABELA CISAP Nº 01/ 2.018, de cada credenciamento, fica sujeito à eventual correção após o período de 01(um) ano e será revista com base nos índices oficiais.

16) Integram e completam a presente Ordem de Execução de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na Lei nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, Portaria nº 358/2.006 e legislação pertinente, e demais condições expressas no Credenciamento nº 01/2.017, juntamente com seus anexos.

Osvaldo Cruz-SP, ____ de _____ de _____

RICARDO RIVED GARCIA
PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP

RAZÃO SOCIAL
NOME DO REPRESENTANTE CREDENCIADO



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO VII

CREDENCIAMENTO Nº 01/2.018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (EMPRESA): _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado de _____, registrado no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por seu proprietário Sr. _____, portador do RG nº _____ e do CPF/MF nº _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, _____, na Cidade de _____, Estado de _____;

OUTOGADO (REPRESENTANTE DA EMPRESA): Sr.(a) _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão/função _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado de _____, CEP _____ - _____, tel. () _____;

PODERES: Com fins específicos de representação no Processo de Credenciamento de Pessoas Jurídicas no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, conforme Edital nº 01/2.018.

_____, ____ de _____ de 2.018

ASSINATURA DO OUTORGANTE.