



# CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

## **EDITAL Nº 02/20 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 02/20, de 09 de Junho de 2.020 e de conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, Lei Federal nº 8.080/90, Portaria nº 1.286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA, nos termos das condições estabelecidos no presente Edital.

### 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 Edital.

### 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 Federal nº 8.666/93.

### 5 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

5.1 – Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir de 04/01/2.021, conforme publicação do presente edital no mural do CISAP e pelo site [www.cisapsp.com.br](http://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 2.021/2.022, a qualquer momento, a partir de 04/01/2.020, pelo período de 01 (um) ano.

5.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição a partir de 04 de Janeiro de 2.021 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 248 – 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 Edital, sito na Rua Ricardo Ponciano, nº 248, 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](http://www.cisapsp.com.br).

## 6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 – Encaminhar na data prevista, a partir de 04/01/2021, os documentos relacionados no item 7 à Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, 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 248, 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 EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/20

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(a) credenciando(a) 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) 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 248 – 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(a) interessado(a) 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(as) inscritos(as) serão cadastrados(as) por especialidade, segundo a avaliação técnica da documentação relacionada no item 7.1 e 7.2.

8.4 – Aos(as) inscritos(as) 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/ou pelo site [www.cisapsp.com.br](http://www.cisapsp.com.br).

8.6 - Para renovação do Credenciamento, o CISAP procederá ao chamamento público dos interessados através de publicação no mural do Consórcio e/ou pelo site [www.cisapsp.com.br](http://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° 01/2.020 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 Federal 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, os atendimentos poderão ser realizados em outros Municípios não pertencentes ao Consórcio.





## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – 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(a) interessado(a) 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 248 – 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(as) Credenciados(as), sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

14.9 - A remuneração será conforme TABELA CISAP Nº 01/2.020, 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(as) Credenciados(as) as sanções previstas no art. 87 da Lei Federal 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 Federal nº 8666/93.

### 18 – DISPOSIÇÕES GERAIS







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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – 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 Licitações e Credenciamentos, 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, que 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 01/2.020 – (consultas especializadas, diagnósticos e procedimentos);

V - Informe da prestação de serviços;

VI – Ordem de Execução de Serviços (Minuta);

VII – Procuração.

Osvaldo Cruz-SP, 30 de Dezembro de 2020

**VALDIR DANTAS DE FIGUEIREDO**  
**PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS**  
**CISAP**



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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – 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(a), requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA, conforme Edital de Credenciamento nº 02/20, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, objetivando a prestação de serviços na(as) especialidade(s) de \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE \_\_\_\_\_

ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone para contato:- (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço eletrônico:- \_\_\_\_\_

(Relacionar as atividades de acordo com a TABELA CISAP Nº 01/2.020, Anexo IV, os serviços pretendidos)

Osvaldo Cruz - SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_

\_\_\_\_\_  
(nome e assinatura do(a) solicitante)



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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – 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 Edital de Credenciamento nº 02/20, 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 2.02\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Legal pela Empresa





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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – 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 Credenciando(s) do Cadastramento de Profissionais do Edital de Credenciamento nº 02/20, 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 2.02\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Legal pela Empresa

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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO IVTABELA CISAP Nº 01/2.020VALORES UNITÁRIOS DOS SERVIÇOS

<b>Código</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Atividade</b>	<b>Valor Unitário</b>	
001	Otorrinolaringologia	Consulta	40,00	
		Pequenos Procedimentos	70,00	
		Videofibrosopia	85,00	
		Videolaringoscopia	95,00	
		Retirada corpo estranho da faringe/ouvido/laringe/nariz	180,00	
002	Dermatologia	Consulta	40,00	
		Pequenos Procedimentos	85,00	
003	Gastroenterologia	Consulta	50,00	
		Vídeo Endoscopia Digestiva Alta	Parte médica	300,00
			Parte hospitalar	200,00
			Total	500,00
		Vídeo Colonoscopia	Parte médica	500,00
			Parte hospitalar	300,00
			Total	800,00
		Retossigmoidoscopia	350,00	
Exame Proctológico	80,00			
Ligadura elástica	200,00			
004	Estomatologia	Consulta	120,00	
		Coleta de biópsia	200,00	
005	Pediatria	Consulta	40,00	
006	Clínica Geral	Consulta	35,00	
007	Reumatologia	Consulta	40,00	
008	Endocrinologia	Consulta	40,00	
009	Gineco/Obstet.	Consulta	40,00	
010	Ortopedia	Consulta	40,00	
		Pequenos Procedimentos	70,00	
011	Odontologia	Consulta (avaliação)	40,00	
		Aparelho ortodôntico	120,00	
		Manutenção de aparelho ortodôntico	90,00	
		Prótese total e/ou parcial	330,00	
		Prótese fixa	350,00	
		Cimentação coroas e provisórios	80,00	
		Endodontia unirradicular	160,00	



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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

011	Odontologia (continuação)	Endodontia birradicular	200,00
		Endodontia trirradicular	240,00
		Endodontia de dente decíduo	180,00
		Radiografia panorâmica	60,00
		Radiografia periapical bucal total	80,00
		Radiografia periapical	30,00
		Raspagem periodontal	80,00
		Profilaxia	80,00
		Aplicação tópica de flúor	80,00
		Selante por dente	80,00
		Exodontia simples	70,00
		Exodontia complexa	100,00
		Exodontia de dente decíduo	70,00
		Restauração com amálgama (1 face)	70,00
		Restauração com amálgama (2 faces)	80,00
		Restauração com amálgama (3 faces)	90,00
		Restauração com amálgama (4 faces)	100,00
		Restauração com resina fotopolimerizável (1 face)	90,00
		Restauração com resina fotopolimerizável (2 faces)	100,00
		Restauração com resina fotopolimerizável (3 faces)	110,00
		Restauração com resina fotopolimerizável (4 faces)	120,00
		Aplicação de verniz fluoretado (por dente)	80,00
		Restauração de dente decíduo com ionômero de vidro	80,00
		Escovação Supervisionada em grupo nas Escolas	330,00
		Evidenciação de placa em grupo nas Escolas	330,00
		Palestras em grupo nas Escolas	330,00
		Bochechos fluoretados em grupo nas Escolas	330,00
		Levantamento Epidemiológico em grupo	330,00
		Ação Coletiva de Prevenção	330,00
		Orientação de higiene bucal	50,00
Orientação de higienização de prótese dentária	50,00		
Remoção de sutura	50,00		
Selamento provisório da cavidade	80,00		
012	Psiquiatria	Consulta	40,00
013	Urologia	Consulta	40,00
		Pequenos Procedimentos	85,00
		Uretrocistoscopia	320,00
		Urofluxometria	70,00
014	Neurologia	Consulta	60,00
		Eletroencefalografia	85,00
		Eletroneuromiografia (2 membros)	180,00
		Eletroneuromiografia (4 membros)	280,00
015	Fonoaudiologia	Consulta	40,00
		Fonoterapia (seção)	25,00
		Audiometria	60,00

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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

016	Psicologia	Consulta	40,00
		Psicoterapia (sessão em grupo)	25,00
		Psicoterapia (sessão individual)	20,00
017	Fisioterapia	Atendimento Fisioterapêutico (avaliação)	35,00
		Fisioterapia por sessão sem aparelhos	20,00
		Fisioterapia por sessão com aparelhos	25,00
		Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar	25,00
		Atendimento Fisioterapêutico Equoterapia-Reabilitação	95,00
		Educação/Reeducação Inserção Social Pré-esportiva	75,00
018	Pneumologia	Consulta	40,00
		Espirometria	85,00
		Broncoscopia	240,00
		Teste de Alergia	60,00
		Polissonografia	480,00
019	Cardiologia	Consulta	40,00
		Teste Ergométrico	100,00
		Eletrocardiograma com laudo	30,00
		Holter	100,00
		Ecocardiograma Color Doppler Bidimensional	130,00
		Ecocardiograma com stress	300,00
		M.A.P.A. ou M.R.P.A.	100,00
		Avaliação Cardiológica Cirúrgica	30,00
		Laudo de Eletrocardiograma	20,00
020	Vascular	Consulta	40,00
		Pequenos Procedimentos	85,00
021	Oftalmologia	Consulta	40,00
		Pequenos Procedimentos	50,00





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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – 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 DE CREDENCIAMENTO Nº 02/20, PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA.**

A finalidade do presente é informar a esse CISAP que a partir da assinatura da Ordem de Execução de Serviços, estaremos iniciando a prestação dos serviços credenciados por meio do Edital de Credenciamento nº 02/20, 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 2.02\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Legal pela Empresa



# CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

## ANEXO VI

### **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/20**

### **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES DE SAÚDE**

### **ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº \_\_\_\_/2.02\_\_ – (M I N U T A)**

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 248, Centro, na cidade de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, CEP – 17.700-000, TEL. (18) 3528-4738, neste ato representado por seu Presidente, \_\_\_\_\_, (nacionalidade), (estado civil), portador do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/Avenida \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, 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 Edital de Credenciamento nº 02/20, de CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE ESPECIALIDADES DE SAÚDE, nos termos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal 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 Edital de Credenciamento nº 02/20 que tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas da área da Saúde, para a prestação de serviços complementares ao CISAP, no ano de 2.021/2.022, na(s) seguinte(s) especialidade(s) da TABELA CISAP Nº 01/2.020:-

- Otorrinolaringologia
- Dermatologia
- Gastroenterologia
- Estomatologia
- Pediatria
- Clínica Geral
- Reumatologia
- Endocrinologia
- Ginecologia/Obstetrícia
- Ortopedia
- Odontologia
- Psiquiatria
- Urologia
- Neurologia
- Fonoaudiologia





## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

- Psicologia
- Fisioterapia
- Pneumologia
- Cardiologia
- Vascular
- Oftalmologia

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 02/20, 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 2.021/2.022 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 01/2.020.

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 da Credenciada 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) A Empresa cadastrada 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 a Credenciada 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.

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

12) O Termo de Credenciamento/Ordem de Execução de Serviços poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que a Credenciada 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 pela Credenciada e que sejam denunciadas por quaisquer dos Municípios Consorciados ou por usuários.



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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

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

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

13) É vedada a cobrança de sobretaxas pela Credenciada, 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 Licitações e Credenciamentos e aprovado pelo Conselho de Prefeitos.

15) O valor dos procedimentos indicados na TABELA CISAP Nº 01/2.020, 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 Federal nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 8.142/90, Portaria nº 358/2.006 e legislação pertinente, e demais condições expressas no Edital de Credenciamento nº 02/20, juntamente com seus anexos.

Osvaldo Cruz-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS  
CISAP

RAZÃO SOCIAL  
NOME DO(A) REPRESENTANTE CREDENCIADO(A)

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)





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

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO VII

**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 de Credenciamento nº 02/20.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE.