



# 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 01/2.017 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 Licitação designada pela Portaria nº 02/17, de 10 de Março de 2.017 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 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 29/05/2.017, conforme publicação do presente edital no jornal de circulação local 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 2.017/2.018, a qualquer momento a partir de 29/05/2.017, pelo período de 01 (um) ano, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento em 2.017/2.018.

5.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição a partir de 29 de Maio de 2.017 e serão analisadas a cada trinta dias, de acordo com as necessidades do CISAP, sujeitando-se a 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](http://www.cisapsp.com.br).

## 6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 – Encaminhar na data prevista, a partir de 29/05/2017, 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 01/2.017

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) 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](http://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](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 de Procedimentos do CISAP e, nos casos omissos, será observada a Tabela aprovada pelo SUS, referência SIA-SIH/SUS.

9.2 - O prazo de execução será entre 29 de Maio de 2.017 a 28 de Maio de 2.018, sendo que os Credenciamentos efetivados a partir desta data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade. 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, os atendimentos poderão ser realizados em outros Municípios não pertencentes ao Consórcio.

10.3 – A utilização do local de atendimento, indicado pelo interessado ao credenciamento, não



# 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

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).

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



# 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

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 de Procedimentos, 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 de valores (consultas especializadas, diagnósticos e procedimentos);

V - Informe da prestação de serviços;

VI – Ordem de Execução de Serviços;

VII – Procuração.

Osvaldo Cruz-SP, 29 de Maio de 2.017

**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 01/2.017, 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 de acordo com a Tabela do CISAP, Anexo IV, os serviços pretendidos)

Osvaldo Cruz - SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.017.

\_\_\_\_\_  
(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 01/2.017, 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 2.017.

---

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 Cadastro de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2.017, 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 2.017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal.

**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 2.017VALORES 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
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
		Abdômen superior	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

007  (continuação)	Ultrassonografia  (continuação)	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
014	Ginecologia/Obstetrícia	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

015	Ortopedia	Consulta	25,00
		Pequenos Procedimentos	50,00
016	Odontologia	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 complexa	50,00
		Restauração	80,00
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	70,00
		Eletroneuromiografia (2 membros)	150,00
		Eletroneuromiografia (4 membros)	240,00
020	Fonoaudiologia	Consulta	30,00
		Fonoterapia (seção)	15,00
		Audiometria	50,00
021	Psicologia	Consulta	30,00
		Psicoterapia (sessão em grupo)	20,00
		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

**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

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
		Ecocárdio Color Doppler Bidimensional	85,00
		Ecocárdio com stress	250,00
		M.A.P.A.	100,00
		Avaliação Cardiológica Cirúrgica	20,00
		Laudo de Eletrocardiograma	12,00
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
		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		

**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  (conti- nuação)	Raio X  (continuação)	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-iliacas	70,00
		Articulação coxo-femural unilat.	70,00
		Coxa (fêmur)	70,00
		Joelho	70,00
		Joelho c/ axial	70,00
		Joelho fp + obs + 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			
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
28	Ressonância Nuclear Magnética	Sem contraste	
		Crânio	450,00

**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

028 (continuação)	Ressonância Nuclear Magnética  (continuação)	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	Consulta	25,00
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

ANEXO V

**INFORME DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONFORME EDITAL Nº 01/2.017  
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 01/2.017 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 2.017

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante da  
Empresa interessada





# 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

### **CRENCIAMENTO – CISAP Nº. 01/2.017**

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

#### **ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº \_\_\_\_/2.017 – (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 01/2.017, 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 01/2.017 que tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas da área da Saúde, para a prestação de serviços complementares ao CISAP, no ano de 2.017/2.018, nas seguintes especialidades da tabela CISAP 2.017:-

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



# 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

- Vascular
- Urologia
- Neurologia
- Fonoaudiologia
- Psicologia
- Acupuntura
- Fisioterapia
- Pneumologia
- Cardiologia
- Exames de Raio X
- Densitometria óssea
- Ressonância Nuclear Magnética
- Tomografia Computadorizada
- Psiquiatria
- 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 01/2.017, 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 2.017/2.018 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 2.017.

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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ até \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

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

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



# 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

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.

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 2.017, 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 01/2.017**

**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 \_\_\_\_\_;

OUTORGADO (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 01/2.017.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.017

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO OUTORGANTE.