



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/23 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS.

Levamos ao conhecimento dos interessados, que o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP estará realizando a partir de 17 de abril de 2.023, CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, de acordo 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.

01. O presente Chamamento tem por objeto o Credenciamento de interessados para a prestação de serviços médicos e outros serviços profissionais, complementares e auxiliares, na área da saúde, que deverão ser prestados em instalações do(a) CREDENCIADO(A), ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados, conforme descrição no Edital completo.

02. Os serviços a serem credenciados referem-se a Agente Comunitário em Saúde, Agente de Combate às Endemias, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Limpeza, Educador Físico, Enfermeiro, Motorista de ESF/UBS, Recepcionista, Técnico em Enfermagem, Médico (Clínica Geral), Médico de ESF, Médico Veterinário, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional.

03. A documentação e as orientações para o credenciamento, bem como informações sobre o pagamento, forma e valor dos serviços a serem credenciados estão estipulados no Edital.

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

05. O Edital completo e outras informações poderão ser solicitados junto à Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, sito à Rua Hans Klotz, nº 903, Centro, telefone (18) 3528-4738, CEP 17700-000, na Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz – SP, ou pelo site www.cisapsp.com.br.

Osvaldo Cruz, 17 de abril de 2.023

ROBERTO BATISTA PIRES
PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Hans Klotz, nº 903 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

**EDITAL Nº 01/23 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS
PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE.**

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA – CISAP

01 – PREÂMBULO

01.01 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, por meio da Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, designada pela Portaria nº 01/22, de 08 de Julho de 2.022 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 FÍSICAS E JURÍDICAS INTERESSADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS, COMPLEMENTARES E AUXILIARES, NA ÁREA DA SAÚDE, AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, nos termos das condições estabelecidos no presente Edital.

02 – OBJETO

02.01 – Tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Físicas e Jurídicas para a prestação de serviços médicos e outros serviços profissionais, complementares e auxiliares, na área da saúde, que deverão ser prestados em instalações do(a) Credenciado(a), ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados.

02.02 – Os serviços a serem credenciados referem-se a Agente Comunitário em Saúde, Agente de Combate às Endemias, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Limpeza, Educador Físico, Enfermeiro, Motorista de ESF/UBS, Recepcionista, Técnico em Enfermagem, Médico (Clínica Geral), Médico de ESF, Médico Veterinário, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional.

03 – RELAÇÃO DE SERVIÇOS SOLICITADOS

03.01 – Os descritos no Anexo V deste Edital.

04 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

04.01 – Poderão participar do Credenciamento as pessoas físicas e jurídicas, desde que atendidos os requisitos dos itens 6 e 7, tais como exigidos neste instrumento; além disso, as pessoas físicas e jurídicas passíveis de credenciamento devem atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

04.02 – Poderão participar pessoas físicas e 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.

05 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

05.01 – Os(as) interessados(as) poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir de 17/04/2.023, conforme publicação do presente edital no mural do CISAP e pelo site www.cisapsp.com.br, fazendo-o pelos seguintes meios abaixo referidos:



05.02 – Serão consideradas credenciadas as pessoas físicas e jurídicas que apresentarem os Documentos enumerados nos itens 7.1 e 7.2 deste instrumento e obedecerem aos requisitos mínimos do item 7.3 para as especificações dos códigos de 001 a 010 da TABELA CISAP N° 01/2.023, em Anexo.

05.03 – Os(as) interessados(as) poderão solicitar a inscrição no Credenciamento, para o exercício de 2.023/2.024, a qualquer momento, a partir de 17/04/2.023, pelo período de 01 (um) ano, cuja documentação será analisada pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de acordo com as necessidades do CISAP e dos Municípios Consorciados, sujeitando-se à efetiva demanda do serviço.

05.04 – Os modelos de formulários para cadastramento estarão disponíveis diretamente na sede administrativa do CISAP, conforme os anexos deste Edital, sito na Rua Hans Klotz, nº 903, 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.

06 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

06.01 – Encaminhar na data prevista, a partir de 17/04/2.023, 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 Hans Klotz, nº 903, Centro, telefone (18) 3528-4738, CEP 17700-000, na Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz-SP, em envelope com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA E JURÍDICA PARA A ÁREA DA SAÚDE EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 01/23

INTERESSADO(A): _____

ESPECIFICAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

07 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

07.01 – PESSOA FÍSICA:

- a) Prova de registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- b) Prova de Título de Especialização devidamente registrado no Conselho Regional Correspondente (ex: CRM, COREN...), conforme o caso;
- c) Cópia do RG (Registro Geral) e CPF (Cadastro Pessoa Física);
- d) Cópia do número do PIS/NIT.
- e) Requerimento, conforme Anexo I;
- f) Declaração de Idoneidade, conforme Anexo II;
- g-) Declaração de ciência aos termos do Edital (Anexo IV);
- h) Comprovante dos requisitos mínimos constantes no item 7.3.

07.02 – 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,



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Hans Klotz, nº 903 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

d) Declaração da credenciada de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo (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 (CR__), do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços, com a comprovação de vínculo na empresa;

l) Cópia do RG (Registro Geral) e CPF (Cadastro Pessoa Física) do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços;

m) Cópia do comprovante da formação profissional do(s) profissional(is) que executarão os serviços;

n-) Declaração de ciência aos termos do Edital (Anexo IV);

o-) Procuração quando outorgado direito para representação da Empresa (Anexo VI).

p-) Certidão Negativa ou Positiva com Efeito de Negativa de Débitos Trabalhistas.

07.03 – Requisitos mínimos para desempenho das funções constantes nos códigos 001 a 010 da TABELA CISAP Nº 01/2.023, em Anexo V:

a) Agente Comunitário em Saúde = Ensino Médio Completo.

b) Agente de Combate às Endemias = Ensino Médio Completo.

c) Auxiliar Administrativo = Ensino Médio Completo.

d) Auxiliar de Enfermagem = Ensino Médio Completo e Registro no respectivo Conselho.

e) Auxiliar de Limpeza = Ensino Fundamental incompleto.

f) Educador Físico = Ensino Superior Completo e Registro no respectivo Conselho.

g) Enfermeiro = Ensino Superior Completo e Registro no respectivo Conselho.

h) Motorista de ESF/UBS = Ensino Médio Completo e CNH categoria “D”.

i) Recepcionista = Ensino Fundamental Completo.

j) Técnico em Enfermagem = Ensino Técnico Completo e Registro no respectivo Conselho.

07.04 – As Pessoas Físicas e Jurídicas poderão inscrever-se em mais de uma especificação, desde que preenchidos os requisitos na respectiva área, conforme a tabela em anexo.

OBSERVAÇÕES:- (a) a documentação solicitada poderá ser apresentada em xerox, sendo de inteira responsabilidade do(a) interessado(a) a veracidade dos documentos; (b) os Anexos a serem apresentados deverão ser digitados ou datilografados, não sendo aceitos os manuscritos;

08 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO

08.01 – 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 nos itens 7.1, 7.2 e 7.3 acima.



08.02 – 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.

08.03 – As pessoas físicas ou jurídicas inscritas serão credenciadas na especificação, segundo a avaliação da documentação relacionada nos itens 07.01, 07.02 e 07.03, a ser realizada pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos.

08.04 – Para início da prestação de serviços, às pessoas físicas e jurídicas inscritas e habilitadas para o credenciamento, será expedida a Ordem de Execução de Serviços, formalizada e assinada em 02 (duas) vias de igual teor sendo uma para o CISAP e outra para a Credenciada, renovável anualmente, que poderá a qualquer tempo ser alterada, suspensa ou cancelada no caso da Credenciada deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para 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.

08.05 - 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.

08.06 - Para renovação do Credenciamento, o CISAP procederá ao chamamento público dos(as) interessados(as) através de publicação no mural do Consórcio e/ou pelo site www.cisapsp.com.br, para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos(as) interessados(as).

08.07 – A Ordem de Execução de Serviços terá prazo de execução a partir de sua assinatura, 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.

08.08 – A Ordem de Execução de Serviços não caracteriza nenhum vínculo empregatício.

08.09 – A qualquer tempo a Ordem de Execução de Serviços poderá ser alterada, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo CISAP e/ou pelos Municípios Consorciados.

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

08.11 – O CISAP poderá também suspender o processo de cadastramento caso o(a) interessado(a) se encontre na situação do item anterior, por procedimento executado em razão de credenciamento anterior.

08.12 – O descredenciamento poderá ser realizado por solicitação do(a) Credenciado(a), a qualquer momento, ou a critério do Presidente do Conselho de Prefeitos com a devida justificativa.

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



09 – DO VALOR E PRAZO DA EXECUÇÃO

09.01 – A remuneração pela prestação dos serviços será regida pela TABELA CISAP Nº 01/2.023.

09.02 – O prazo de execução será de 01 (um) ano, a partir da data de assinatura da Ordem de Execução de Serviços, a menos que haja solicitação de revogação pelo(a) 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;

09.03 – 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

10.01 – 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.

10.02 – 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.

10.03 – Toda despesa com transporte do(a) Credenciado(a) até o local da prestação dos serviços deverá ser custeada pelo(a) próprio(a) Credenciado(a).

10.04 – Compete à Secretaria de Saúde do Município Consorciado informar o local da prestação dos serviços ao(à) Credenciado(a) de acordo com a necessidade da mesma.

10.05 – O(A) Credenciado(a) deverá se comprometer a seguir os protocolos estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Município Consorciado, bem como todos os fluxos e rotinas já existentes, ou aqueles que porventura venham a ser criados para padronização e otimização dos serviços.

10.06 – A presente prestação de serviços não caracteriza vínculo trabalhista e empregatício com o CISAP e os Municípios Consorciados, tanto do ponto de vista administrativo quanto monetário.

11 – CRITÉRIO DE REAJUSTE

11.01 – Os valores constantes da Tabela do Anexo V desse Edital poderão receber reajustes, através de aditamento, que serão efetuados de acordo com a necessidade, por comprovação do desequilíbrio financeiro e econômico ou a defasagem dos valores, em conformidade com análise da Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos e aprovados pelo Conselho de Prefeitos.

12 – DA FORMA DE FORNECIMENTO

12.01 – O Município Consorciado deverá manter o controle diário da frequência do(a) profissional na prestação de serviço, por meio próprio, encaminhando ao CISAP o relatório mensal com prazo estabelecido no item 13.03, para efeito de contabilização, solicitação do repasse e posterior pagamento dos serviços prestados.



12.02 – O Município Consorciado interessado na prestação de serviços constantes no presente Edital, deverá solicitar formalmente ao Consórcio, com as devidas justificativas.

12.03 – Fica sob a responsabilidade do Município Consorciado, na forma e critérios próprios que forem estabelecidos, a exigência da apresentação dos comprovantes dos serviços prestados, bem como o acompanhamento e supervisão dos mesmos e o controle das horas trabalhadas.

12.04 – Os(as) profissionais Credenciados(as) nos serviços de pagamento por hora, deverão obedecer ao horário estabelecido pelo Município Consorciado no desempenho de suas funções, objetivando a otimização do tempo de trabalho.

12.05 – Não existirá, para o CISAP e os Municípios Consorciados, solidariedade quanto às obrigações trabalhistas e previdenciárias para com os empregados da Credenciada como Pessoa Jurídica, cabendo a esta assumir, de forma exclusiva, todos os ônus da relação empregatícia.

12.06 – No caso de ocorrer Credenciamento de dois ou mais prestadores de serviço na mesma especificação deste Edital, caberá ao Município Consorciado optar para qual será solicitada a realização dos serviços.

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

13 – DO FATURAMENTO

13.01 – A competência para faturamento das horas trabalhadas será sempre entre o dia 25 (vinte e cinco) do mês de referência ao dia 24 (vinte e quatro) do mês subsequente.

13.02 – O Município Consorciado deverá enviar ao CISAP o relatório de produção mensal, com as horas e valores incluindo o adicional de insalubridade, individualmente por quem prestou o serviço.

13.03 – O prazo de entrega do documento constante no item anterior, será até o terceiro dia após o fechamento da competência. (fechamento no 25º dia do mês) .

13.04 – Após a validação do documento realizado pelo CISAP, este encaminhará ao Município Consorciado, a solicitação do repasse dos valores para pagamento do(a) Credenciado(a).

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

14 – DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

14.01 – O valor das horas trabalhadas do mês, será pago obedecendo o relatório enviado pelo Município Consorciado, acrescido pelo valor proporcional do Adicional de Insalubridade.

14.02 – Para pagamento dos serviços prestados será solicitado, pelo CISAP, a apresentação de nota fiscal ou emissão do Recibo de Pagamento Autônomo emitido pelo(a) Credenciado(a).

14.03 – 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.



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

14.05 – 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.

14.06 – É vedada a cobrança de sobretaxas pelo(a) Credenciado(a), sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

14.07 – Será de responsabilidade da Credenciada como Pessoa Jurídica, o pagamento de seus encargos sociais e de seus devidos impostos e taxas.

14.08 – Quanto à Credenciada como Pessoa Física, fica determinada a obrigatoriedade das retenções de seus encargos sociais, impostos e taxas, se houver, cabendo ao CISAP os devidos recolhimentos.

14.09 – A remuneração será conforme estabelecido nos itens 09.01 e 09.02 deste Edital.

15 – DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO

15.01 – 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

16.01 – 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. 8.666/93. Em caso de aplicação de multa, esta será de 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços contratados.

17 – RECURSOS

17.01 – É assegurado o direito de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei Federal nº 8.666/93.

18 – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.01 – As especificações para prestação de serviço constantes na CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas) deverão ser credenciadas como Pessoa Jurídica, caso contrário, como Pessoa Física.

18.02 – 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.

18.03 – 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.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Hans Klotz, n° 903 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

19 – ANEXOS

19.01 – Integram o presente instrumento os seguintes anexos:

- I – Modelo de requerimento para credenciamento (Pessoa Jurídica e Pessoa Física);
- II – Modelo de Declaração de Idoneidade (Pessoa Jurídica e Pessoa Física);
- III – Modelo de Declaração de cumprimento à observância ao disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal (Pessoa Jurídica);
- IV – Declaração de ciência aos termos do Edital (Pessoa Jurídica e Pessoa Física);
- V – Tabela de Valores dos Serviços;
- VI – Procuração (Pessoa Jurídica e Pessoa Física);
- VII – Ordem de Execução de Serviços – Minuta (Pessoa Jurídica e Pessoa Física).

Osvaldo Cruz-SP, 17 de abril de 2.023

ROBERTO BATISTA PIRES
PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP



(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO I – (PESSOA JURÍDICA)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP,

_____, representante da Empresa abaixo qualificada, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA ÁREA DA SAÚDE, conforme Edital nº 01/23, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, objetivando a prestação de serviços profissionais de _____.

DADOS DA EMPRESA

NOME DA EMPRESA: _____

CNPJ: _____

Endereço: Rua (Av) _____, N° _____, Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Telefone para contato:- (____) _____

Endereço eletrônico:- _____

DADOS DO CREDENCIANDO

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA: _____

Nacionalidade:- _____ Estado Civil:- _____ Profissão:- _____

Endereço Residencial: Rua (Av) _____, N° _____, Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

CR _____: _____ RG _____ CPF _____

Data Nascimento:- _____ PIS/NIT:- _____

Telefone para contato:- (____) _____

Endereço eletrônico:- _____

_____, de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Hans Klotz, nº 903 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO I – (PESSOA FÍSICA)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP,

_____, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA ÁREA DA SAÚDE, conforme Edital nº 01/23, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, objetivando a prestação de serviços profissionais de _____.

NOME: _____
Nacionalidade:- _____ Estado Civil:- _____ Profissão:- _____
Endereço Residencial: Rua (Av) _____, Nº _____, Bairro _____
CEP _____ Cidade _____ Estado _____
CR _____: _____ RG _____ CPF _____
Data de Nascimento:- ____ / ____ / _____ Local:- _____
PIS/NIT:- _____
Telefone para contato:- (____) _____
Endereço eletrônico:- _____

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Credenciando(a)



(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO II – (PESSOA JURÍDICA)

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro, para os fins de direito, na qualidade de interessado(a) pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 01/23, 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.

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



ANEXO II – (PESSOA FÍSICA)

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro, para os fins de direito, na qualidade de interessado(a) pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 01/23, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, que não sou declarado(a) inidôneo(a) para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Credenciando(a)



(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO III – (PESSOA JURÍDICA)

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

Declaro, para os fins de direito, na qualidade de interessado(a) pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 01/23, que cumpri(mos) o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, de que a Empresa não mantém em seu quadro de pessoal trabalhadores menores de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho, ou em serviços perigosos ou insalubres, não mantendo ainda, em qualquer trabalho, trabalhadores menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO IV – (PESSOA JURÍDICA)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA AOS TERMOS DO EDITAL

_____ portador(a) do R.G. nº _____
e do CPF nº _____, representante da Empresa
_____, CNPJ _____, declaro, para os
fins de direito, na qualidade de interessado(a) pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº
01/23, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, que
estamos cientes, na íntegra, dos termos constantes no referido Edital.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Hans Klotz, nº 903 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO IV – (PESSOA FÍSICA)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA AOS TERMOS DO EDITAL

_____ portador(a) do R.G. nº _____
e do CPF nº _____, declaro, para os fins de direito, na
qualidade de interessado(a) pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 01/23, instaurado
pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, que estou ciente, na íntegra,
dos termos constantes no referido Edital.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, _____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Credenciando(a)



ANEXO V

TABELA CISAP Nº 01/2.023

VALORES DOS SERVIÇOS

Código	Especificação	Atividade	Remuneração Por Hora
001	Agente Comunitário em Saúde	Procedimentos afins ao cargo	12,00/hora
002	Agente de Combate às Endemias	Procedimentos afins ao cargo	12,00/hora
003	Auxiliar Administrativo	Procedimentos administrativos	10,00/hora
004	Auxiliar de Enfermagem	Procedimentos ambulatoriais	12,00/hora
005	Auxiliar de Limpeza	Procedimentos afins ao cargo	10,00/hora
006	Educador Físico	Sessão de atendimento	17,00/hora
007	Enfermeiro	Procedimentos ambulatoriais	17,00/hora
008	Motorista de ESF/UBS	Procedimentos afins ao cargo	12,00/hora
009	Recepcionista	Procedimentos afins ao cargo	10,00/hora
010	Técnico em Enfermagem	Procedimentos ambulatoriais	14,00/hora
011	Médico (Clínica Geral)	Procedimentos afins ao cargo	95,00/hora
012	Médico de ESF	Procedimentos afins ao cargo	95,00/hora
013	Médico Veterinário	Procedimentos afins ao cargo	95,00/hora
014	Assistente Social	Procedimentos afins ao cargo	25,00/hora
015	Terapeuta Ocupacional	Procedimentos afins ao cargo	25,00/hora

Adicional de Insalubridade (Código 001 a 015) R\$=1,50 por hora trabalhada.



(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO VI – (PESSOA JURÍDICA)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (EMPRESA): _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, na Cidade de _____, Estado de _____, registrada no CNPJ sob o nº _____, neste ato representada por seu(sua) proprietário(a) Sr(a) _____, portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, na Cidade de _____, Estado de _____, CEP _____ - _____, tel. () _____;

OUTORGADO(A) (REPRESENTANTE DA EMPRESA): Sr.(a) _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão/função _____, RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, Cidade de _____, 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 01/23.

_____, ____ de _____ de 2.02__

ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE

ASSINATURA DO(A) OUTORGADO(A)



ANEXO VI – (PESSOA FÍSICA)

PROCURAÇÃO

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

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

PODERES: Com fins específicos de representação no Processo de Credenciamento de Pessoas Físicas no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, conforme Edital nº 01/23.

_____ de _____ de 2.02__

ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE

ASSINATURA DO(A) OUTORGADO(A)



ANEXO VII – (PESSOA JURÍDICA)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/23

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº ____/2.02__ – (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 _____, nº _____, Centro, na Cidade de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, CEP-17700-000, TEL. (18) 3528-4738, neste ato representado por seu Presidente, Sr. _____, (nacionalidade), (estado civil), portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____ na Cidade de _____, Estado de _____, AUTORIZA, a Empresa (qualificação) _____ pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, na Cidade de _____, Estado de _____, neste ato representada por Sr(a). _____ (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, CR_ (ou equivalente) nº _____, residente e domiciliado(a) na Cidade de _____, Estado de _____ a iniciar a prestação de serviços profissionais de _____ – objeto do EDITAL Nº 01/23 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS INTERESSADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS, COMPLEMENTARES E AUXILIARES, NA ÁREA DA SAÚDE, AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, 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 nº 01/23 que tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços profissionais de _____ aos Municípios Consorciados.

02 – A remuneração pela prestação dos serviços será realizada conforme Tabela CISAP nº 01/2.023 do Edital nº 01/23, da seguinte forma:

02.01 – No valor de R\$= ____,00= (_____) por hora trabalhada no mês da prestação dos serviços;

02.02 – Adicional de Insalubridade no valor de R\$= _____ = (_____) por hora trabalhada no mês da prestação dos serviços.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Hans Klotz, nº 903 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

03 – A execução dos procedimentos acordados nesta Ordem de Execução de Serviços será regida pelos termos do Edital nº 01/23, sem exclusão das demais legislações pertinentes.

04 – A quantidade da demanda dos serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviços, para o exercício de 2.023/2.024, será fixada de acordo com a necessidade do Órgão de Saúde Municipal de cada Município Consorciado.

05 – 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.

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

07 – A presente Ordem de Execução de Serviços não caracteriza nenhum vínculo empregatício.

08 – 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.

09 – 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 nº 03/21, juntamente com seus anexos.

10 – Para firmeza e como prova de assim haverem ajustado, foi expedida a presente Ordem de Execução de Serviços, formalizada e assinada em 02 (duas) vias de igual teor, sendo uma para a Credenciada e outra para o CISAP.

Osvaldo Cruz-SP, ___ de _____ de 2.02___

**PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP**

**RAZÃO SOCIAL
NOME DO(A) REPRESENTANTE DA CREDENCIADA**



ANEXO VII – (PESSOA FÍSICA)

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/23

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº ____/2.02__ – (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 _____, nº _____, Centro, na Cidade de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, CEP-17700-000, TEL. (18) 3528-4738, neste ato representado por seu Presidente, Sr. _____, (nacionalidade), (estado civil), portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____ na Cidade de _____, Estado de _____, AUTORIZA, o(a) Sr(a). _____ (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, CR_ (ou equivalente) nº _____, residente e domiciliado(a) na Cidade de _____, Estado de _____ a iniciar a prestação de serviços profissionais de _____ – objeto do EDITAL Nº 01/23 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS INTERESSADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS, COMPLEMENTARES E AUXILIARES, NA ÁREA DA SAÚDE, AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, 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 nº 01/23 que tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Físicas para a prestação de serviços profissionais de _____ aos Municípios Consorciados.

02 – A remuneração pela prestação dos serviços será realizada conforme Tabela CISAP nº 01/2.023 do Edital nº 01/23, da seguinte forma:

02.01 – No valor de R\$= ____,00= (_____) por hora trabalhada no mês da prestação dos serviços;

02.02 – Adicional de Insalubridade no valor de R\$= _____ = (_____) por hora trabalhada no mês da prestação dos serviços.

03 – A execução dos procedimentos acordados nesta Ordem de Execução de Serviços será regida pelos termos do Edital nº 01/23, sem exclusão das demais legislações pertinentes.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Hans Klotz, nº 903 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

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

CNPJ – 02.675.363/0001-52

04 – A quantidade da demanda dos serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviços, para o exercício de 2.023/2.024, será fixada de acordo com a necessidade do Órgão de Saúde Municipal de cada Município Consorciado.

05 – 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.

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

07 – A presente Ordem de Execução de Serviços não caracteriza nenhum vínculo empregatício.

08 – 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.

09 – 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 nº 03/21, juntamente com seus anexos.

10 – Para firmeza e como prova de assim haverem ajustado, foi expedida a presente Ordem de Execução de Serviços, formalizada e assinada em 02 (duas) vias de igual teor, sendo uma para a Credenciada e outra para o CISAP.

Osvaldo Cruz-SP, ___ de _____ de 2.02__

**PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP**

NOME DO(A) CREDENCIADO(A)