



**EDITAL Nº 01/21 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS
PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE.**

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 FÍSICAS E JURÍDICAS INTERESSADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E OUTROS SERVIÇOS PROFISSIONAIS, COMPLEMENTARES E AUXILIARES, NA ÁREA DA SAÚDE, nos termos das condições estabelecidos no presente Edital.

2 – OBJETO

2.1 – 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.

3 – RELAÇÃO DE SERVIÇOS SOLICITADOS

3.1 – Os descritos no Anexo IV deste Edital.

4 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Poderão participar do Credenciamento as pessoas físicas e jurídicas 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 físicas e jurídicas passíveis de credenciamento devem atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

4.2 – 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.

5 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

5.1 – Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir de 23/02/2021, conforme publicação do presente edital no mural do CISAP e pelo site www.cisapsp.com.br, fazendo-o pelos seguintes meios abaixo referidos:

5.2 – 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.



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

5.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento, para o exercício de 2.021/2.022, a qualquer momento, a partir de 23/02/2.021, pelo período de 01 (um) ano.

5.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição a partir de 23 de Fevereiro de 2.021 e serão analisadas 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.

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.

6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 – Encaminhar na data prevista, a partir de 23/02/2.021, 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:

CRENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA E JURÍDICA PARA A ÁREA DA SAÚDE EDITAL DE CRENCIAMENTO Nº 01/21

INTERESSADO: _____

ESPECIFICAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

7 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

7.1 – 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) Alvará de Licença e Funcionamento expedido pelo Município;
- d) Cópia do RG (Registro Geral) e CPF (Cadastro Pessoa Física);
- e) Cópia do número do PIS/NIT.
- f) Requerimento, conforme Anexo I;
- g) Declaração de Idoneidade, conforme Anexo II;
- h) Informe do início da prestação de serviços, conforme Anexo V;
- i) Comprovante dos requisitos mínimos constantes no item 7.3.

7.2 – 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;



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

- d) Declaração do(a) credenciado(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.
- m) Informe do início da prestação de serviços, conforme Anexo V.

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

7.3 – Requisitos mínimos para desempenho das funções constantes nos códigos 001 a 010 da tabela em anexo:

- 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.

7.4 – 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.

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/ou 7.2.

8.4 – Aos(às) 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.

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, 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° 01/2.021 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.

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.

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

10.5 – 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.

10.6 – 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.



10.7 – O(A) Credenciado(a) não possuirá vínculo trabalhista com a Administração Pública, tanto do ponto de vista administrativo quanto monetário.

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 de sessões de terapia, a quantidade de atendimento dos retornos deverá ser determinada pelo(a) Credenciado(a), visando o efetivo tratamento do paciente.

12.6 – 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.

12.7 – No caso de prestação de serviço por hora, o Município Consorciado deverá manter o controle da frequência, por planilha própria, encaminhando ao CISAP o relatório mensal no primeiro dia útil do mês subsequente, para efeito de contabilização, solicitação do repasse e posterior pagamento dos serviços prestados.

12.8 – Aos Municípios Consorciados compete a emissão das guias de atendimento, bem como o controle da quantidade de pacientes a serem agendados, por tipo de especialidade e atividades.

12.9 – O Município Consorciado interessado na prestação de serviços constantes nos códigos 001 a 010 da TABELA CISAP N° 01/2.021, deverá solicitar formalmente ao Consórcio, com as devidas justificativas.

12.10 – Para os(as) prestadores(as) credenciados(as) em serviços cuja tabela implique em pagamento por hora, o(a) Credenciado(a) deverá obedecer ao horário estabelecido pelo Município Consorciado no desempenho de suas funções, objetivando a otimização do tempo de trabalho.

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

13 – DO FATURAMENTO



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

13.1 – A competência para faturamento das guias de consultas, de sessões de acompanhamentos e de horas trabalhadas será sempre do primeiro ao último dia do mês.

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 primeiro 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 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 – O valor referente aos atendimentos do mês, no caso das consultas e sessões de acompanhamento, será pago obedecendo ao critério da proporcionalidade, calculado pelo valor unitário, conforme a quantidade realizada.

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

14.4 – 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 – É vedada a cobrança de sobretaxas pelos(as) Credenciados(as), sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

14.8 – Será responsabilidade do(a) Credenciado(a) o pagamento de seus encargos sociais e de seus devidos impostos e taxas.

14.9 - A remuneração será conforme TABELA CISAP N° 01/2.021, na forma do Anexo IV.

15 - DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO



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

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

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 01/2.021;
- V - Informe da prestação de serviços;
- VI – Ordem de Execução de Serviços (Minuta);
- VII – Procuração.

Osvaldo Cruz–SP, 22 de Fevereiro de 2.021

VERA LUCIA ALVES

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

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

ANEXO I

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP,

_____, abaixo qualificado(a), requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE, conforme Edital de Credenciamento nº 01/21, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, objetivando a prestação de serviços na(as) especificação(ões) de _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CEP _____ CIDADE _____ ESTADO _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____

CEP _____ CIDADE _____ ESTADO _____

CR _____ : _____ RG _____ CPF _____

ESPECIFICAÇÃO _____

ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS _____

Telefone para contato:- (____) _____

Endereço eletrônico:- _____

(Relacionar as atividades de acordo com a TABELA CISAP Nº 01/2.021, Anexo IV, os serviços pretendidos)

Osvaldo Cruz - SP, ____ de _____ de 2.02__

(nome e assinatura do 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

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciando(s) do Cadastro de Pessoas Físicas e Jurídicas, conforme Edital nº 01/21, 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__

(nome e assinatura do 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

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

ANEXO III

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

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciado(s) do Cadastramento de Pessoas Físicas e Jurídicas, conforme Edital nº 01/21, 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__

(nome e assinatura do 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 IV**TABELA CISAP Nº 01/2.021****VALORES UNITÁRIOS DOS SERVIÇOS**

Código	Especificação	Atividade	Remuneração Por Hora
001	Agente Comunitário em Saúde	Procedimentos afins ao cargo	8,00/hora
002	Agente de Combate às Endemias	Procedimentos afins ao cargo	7,00/hora
003	Auxiliar Administrativo	Procedimentos administrativos	7,00/hora
004	Auxiliar de Enfermagem	Procedimentos ambulatoriais	7,00/hora
005	Auxiliar de Limpeza	Procedimentos afins ao cargo	7,00/hora
006	Educador Físico	Sessão de atendimento	12,00/hora
007	Enfermeiro	Procedimentos ambulatoriais	12,00/hora
008	Motorista de ESF/UBS	Procedimentos afins ao cargo	8,00/hora
009	Recepcionista	Procedimentos afins ao cargo	7,00/hora
010	Técnico em Enfermagem	Procedimentos ambulatoriais	8,00/hora

Adicional de Insalubridade (Código 001 a 010) R\$=1,25 por hora trabalhada.

VALORES UNITÁRIOS DOS SERVIÇOS

Código	Especificação	Atividade	Remuneração Por Atendimento
011	Acupuntura	Consulta (Avaliação)	40,00
		Sessão de acompanhamento	25,00
012	Estomatologia	Consulta	120,00
		Coleta de biópsia	200,00
013	Médico do Trabalho	Consulta	40,00
014	Neuropsicopedagogia e Psicomotricidade	Consulta (Avaliação)	40,00
		Sessão de acompanhamento	25,00
015	Nutricionista	Consulta (Avaliação)	40,00
		Sessão de acompanhamento	25,00
016	Psicanálise Clínica	Consulta (Avaliação)	40,00
		Sessão de acompanhamento	25,00
017	Psicopedagogia	Consulta (Avaliação)	40,00
		Sessão de acompanhamento	25,00
018	Terapia Ocupacional	Consulta (Avaliação)	40,00
		Sessão de acompanhamento	25,00



(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

ANEXO V

**INFORME DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONFORME EDITAL Nº 01/21,
PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS NA ÁREA DA SAÚDE.**

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 nº 01/21, para credenciamento de Pessoas Físicas e Jurídicas na área da saúde.

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__

(nome e assinatura do solicitante)



ANEXO VI

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/21

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICA 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 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 de _____ - objeto do Edital nº 01/21, de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA 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 nº 01/21 que tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Físicas e Jurídicas para prestação de serviços na área da saúde, aos Municípios Consorciados, no ano de 2.021/2.022, na(s) seguinte(s) especificação(ões) da TABELA CISAP Nº 01/2.021:-

- 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
- Acupuntura
- Estomatologia
- Médico do Trabalho



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

- Neuropsicopedagogia e Psicomotricidade
- Nutricionista
- Psicanálise Clínica
- Psicopedagogia
- Terapia Ocupacional

02) O(A) Credenciado(a) se responsabiliza em manter boa reputação profissional, bem como conservar durante a vigência deste Termo os requisitos atendidos nos itens 7.1 e/ou 7.2 do Edital nº 01/21, 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 01/2.021.

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) O(A) Credenciado 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(a) Credenciado(a) 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 o(a) Credenciado(a) 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.



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

12.1) 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.

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

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

13) É vedada a cobrança de sobretaxas pelo(a) Credenciado(a), 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 01/2.021, 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 nº 01/21, juntamente com seus anexos.

Osvaldo Cruz–SP, ____ de _____ de _____

**PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP**

**RAZÃO SOCIAL
NOME DO(A) REPRESENTANTE 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

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

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 Físicas e Jurídicas no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, conforme Edital nº 01/21.

_____, ____ de _____ de 2.02__

ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE.