



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

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2024 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE, EM EXAMES E DIAGNÓSTICOS, COM VISTAS A ATENDER A DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS.

Levamos ao conhecimento dos interessados, que o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP estará realizando a partir de 03 de maio de 2024, com a vigência iniciada a partir da publicação do Edital no Mural do CISAP e no site www.cisapsp.com.br, **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE**, por meio da Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, designada pela Portaria nº 01/23 de 07 de julho de 2023, **COM FUNDAMENTO NO O ART. 74, IV E ART. 79, AMBOS DA LEI FEDERAL 14.133/2021**, Lei Federal nº 8.080/90, Portaria nº 1.286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis.

1. O presente Chamamento tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para prestação de serviços na área da saúde, em exames e diagnósticos, procedimentos que deverão ser prestados em instalações da CREDENCIADA, ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados, conforme descrição completa no Edital.
2. 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.
3. As despesas decorrentes do credenciamento deste Chamamento correrão por conta de recursos da dotação orçamentária dos Municípios Consorciados – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.
4. 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, 03 de maio de 2024

JOÃO SOARES DOS SANTOS
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 01/2024 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE, EM EXAMES E DIAGNÓSTICOS, COM VISTAS A ATENDER A DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA – CISAP

1 – PREÂMBULO

1.1 – O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA – CISAP**, por meio da Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, designada pela Portaria nº 01/23 de 07 de julho de 2023, **COM FUNDAMENTO NO ART. 74, IV E ART. 79, AMBOS DA LEI FEDERAL Nº. 133/2021**, Lei Federal nº 8.080/90, Portaria nº 1.286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, além do presente no processo administrativo de inexigibilidade e neste presente edital e seus Anexos, torna pública a abertura do Credenciamento observado às necessidades do CISAP, para pessoas jurídicas da área da saúde, em exames e diagnósticos, com vistas a atender as demandas dos Municípios Consorciados, por meio do presente instrumento, nos termos do artigo 79, inciso I, da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e suas alterações, pelo regime de empreitada por preço unitário tabelado, segundo as condições estabelecidas no presente edital, nos seus anexos e na Minuta de Contrato de Credenciamento, cujos termos, igualmente, o integram.

2 – OBJETO

2.1 – Tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços na área da saúde, em Exames e Diagnósticos, procedimentos que deverão ser prestados em instalações da CREDENCIADA, ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados.

3 – RELAÇÃO DE EXAMES E DIAGNÓSTICOS

3.1 – Os descritos no Anexo IV deste Edital.

4 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

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

4.2 – Poderão participar pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste instrumento, sendo vedado as pessoas jurídicas impedidas de licitar e contratar com a Administração Pública, e/ou tenha sido declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública.

4.3 – Poderão participar pessoas jurídicas desde que regionalmente estabelecidas, considerando as especificidades de saúde dos atendidos.

5 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO



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

5.1 – Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir de 03/05/2024, conforme publicação do presente edital no mural do Consórcio e/ou pelo site www.cisapsp.com.br, fazendo-o pelos seguintes meios abaixo referidos:

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

5.3 – As interessadas poderão solicitar a inscrição no Credenciamento, para o exercício de 2024/2025, a qualquer momento a partir de 03/05/2024, com a vigência iniciada a partir da publicação do Edital no mural do Consórcio e/ou pelo site www.cisapsp.com.br.

5.4 – As interessadas poderão solicitar a inscrição a partir de 03 de maio de 2024 e serão analisadas pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de acordo com as necessidades do CISAP, sujeitando-se à efetiva demanda do serviço.

5.5 – Os modelos de formulários para Credenciamento estarão disponíveis diretamente na sede administrativa do CISAP, conforme os anexos deste instrumento convocatório, 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.

6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 – Encaminhar na data prevista, a partir de 03/05/2024, 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 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:

CRENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA A ÁREA DA SAÚDE

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2024

INTERESSADO (A): _____

ESPECIFICAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

7 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

7.1 – Pessoa Jurídica:

- a) Requerimento, conforme Anexo I;
- b) Declaração do Credenciando 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;
- c) 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;



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

- d) Declaração de início da prestação dos serviços. Anexo V;
- e) Cópia da inscrição no CNPJ;
- f) 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;
- g) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da Cidade sede da pessoa jurídica credenciada;
- h) Declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;
- i) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal – Certidão Conjunta Negativa de Débitos ou Certidão Conjunta Positiva com Efeitos de Negativa, relativo aos Tributos Federais, inclusive as contribuições sociais e a Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- j) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual – Certidão Negativa de Débitos ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa do domicílio do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei, referente a impostos pertinentes ao objeto do Edital;
- k) Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);
- l) 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;
- m) Prova de Inexistência de Débito Inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, Certidão Negativa de Débitos Trabalhista (CNDT) ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com Efeito Negativo (CNDT) disponível no site <http://www.tst.jus.br/certidão>, nos termos do título VII-A, da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovado pelo Decreto Lei nº. 5.452/1943;
- n) Inscrição no Cadastro de Contribuinte Estadual e ou Municipal, relativo ao domicílio ou sede do Credenciando, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- o) Cópia do R.G. e do C.P.F do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços;
- p) 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;

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

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 do Anexo IV desse Edital.

8 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO E CREDENCIAMENTO

8.1 – Ao requerer a inscrição para cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, a interessada 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.



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

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 – Para início da prestação de serviços, às pessoas jurídicas inscritas e habilitadas para o Credenciamento, será expedida a Ordem de Execução dos Serviços por meio do Contrato de Credenciamento, 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 novas credenciadas.

8.6 – O cadastramento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto às interessadas, com exposição no quadro de avisos do CISAP e pelo site www.cisapsp.com.br.

8.7 – Para renovação do Credenciamento, o CISAP procederá ao chamamento público das interessadas por meios eletrônicos e/ou pelo site www.cisapsp.com.br, para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novas interessadas.

9 – DO VALOR E PRAZO DA EXECUÇÃO

9.1 – A remuneração pela prestação dos serviços será regida pela TABELA CISAP Nº 01/2024 e, nos casos omissos, será observada a Tabela aprovada pelo SUS, referência SIA-SIH/SUS.

9.2 – O prazo de execução se iniciará a partir da publicação do Edital no mural do CISAP e no site www.cisapsp.com.br, sendo que os Credenciamentos efetivados em anos anteriores permanecem com validade durante a sua vigência, a menos que haja solicitação de revogação pela Credenciada ou a critério do Presidente do Conselho de Prefeitos. Ressalta-se que, havendo necessidade e interesse, poderá haver aditamentos nos termos da Lei nº 14.133/21;

9.3 – A Ordem de Execução dos Serviços, firmada por meio do Contrato de Credenciamento 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, por decisão unilateral do CISAP e firmado através de Termo Aditivo.

9.4 – A vigência do presente Instrumento fica vinculada à existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo artigo 107, da Lei nº 14.133/21.

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 da Credenciada, ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados.

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

10.3 – A utilização do local de atendimento, indicado pela interessada ao Credenciamento, não implicará em qualquer forma de responsabilidade e ônus por parte do 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

10.4 – Compete à Secretaria de Saúde do Município Consorciado informar o local da prestação dos serviços à população de acordo com a necessidade da mesma.

10.5 – 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 – DO REAJUSTE E DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

11.1 – Os valores ora acertados serão fixos e irrevogáveis pelo período de 1 (um) ano. (*§1º do art. 2º da Lei Complementar nº 10.192/2001*)

11.2 – Todavia, ocorrendo a necessidade de reajustamento de preço, o índice a ser utilizado será o IPCA, com data-base vinculada à data do Credenciamento

11.3 – O reajuste será aplicado a partir de 01 (um) ano para todos os Credenciados, em conformidade com o índice determinado no item 11.2 do presente edital, contados a partir da data inicial de Credenciamento.

11.4 – Os preços somente serão revisados para fins de restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro inicial do Contrato de Credenciamento, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução do contrato tal como pactuado (devidamente comprovado através de documentos idôneos), nos termos do artigo 124, II, alínea “d”, da Lei 14.133/2021.

11.5 – O prazo para resposta ao pedido de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro será de até 30 (trinta) dias. (*art. 92, inciso XI, da Lei nº 14.133/2021*)

11.6 – A extinção do contrato não configura óbice para o reconhecimento do desequilíbrio econômico-financeiro, hipótese em que será concedida indenização por meio de termo indenizatório (art. 131, caput, da Lei n.º 14.133, de 2021).

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), podendo o agendamento do paciente ser realizado na Sede Administrativa do Consórcio, ou ainda pelas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, sempre que o Consórcio assim determinar.

12.2 – A Credenciada 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 a Credenciada registrar o atendimento e posterior devolução do documento ao CISAP.

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



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

12.5 – No caso de sessões de terapia, a quantidade de atendimento dos retornos deverá ser determinada pela Credenciada, com anuência autorizativa do Município Consorciado, 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 – Os serviços de responsabilidade da Credenciada deverão ser realizados nas melhores condições de atendimento à população.

13 – DO FATURAMENTO

13.1 – A competência para faturamento das guias de autorizações de exames, diagnósticos e procedimentos será sempre do dia 01 (primeiro) ao último dia de cada mês de produção.

13.2 – A Credenciada deverá enviar em envelope fechado, ao CISAP, o relatório de produção mensal juntamente com as guias de autorizações individualizada por Município Consorciado a que prestou o serviço, devidamente assinadas pelo paciente, pelo profissional de saúde que atendeu o paciente e também a autorização do Secretário Municipal da Saúde.

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, a solicitação do repasse dos valores para pagamento da Credenciada, que será executado após a entrega da nota fiscal correspondente.

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

14.2 – Os pagamentos serão efetuados às Credenciadas ao término da elaboração de toda documentação pertinente ao processamento dos serviços realizados, ou conforme disponibilidade de repasses financeiros das Prefeituras Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

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

14.4 – 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.

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



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

14.6 – É vedada a cobrança de sobretaxas pelas Credenciadas, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

14.7 – A remuneração será conforme TABELA CISAP N° 01/2024, na forma do Anexo IV.

15 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

15.1 – 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

16.1 – A Contratada por Credenciamento poderá ter seu contrato rescindido nas seguintes hipóteses cometidas:

16.1.1 – A não realização das ações e serviços de saúde contratados;

16.1.2 – A cobrança de quaisquer serviços, direta ou indiretamente, do usuário ou seu acompanhante;

16.1.3 – A mudança de capacidade operativa do estabelecimento de saúde, sem acordo prévio;

16.1.4 – A paralisação da prestação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação ao CISAP ou outras condutas caracterizadoras de inexecução contratual.

16.2 – Pela inexecução total ou parcial do Contrato de Prestação de Serviços poderá, garantida prévia defesa, além da rescisão, aplicar à Credenciada as seguintes sanções previstas no artigo 156 da Lei Federal nº 14.133/21:

a) Advertência por escrito;

b) Multa;

c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

d) Declaração de inidoneidade para licitar junto à Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, de acordo com o inciso IV do Art. nº 156 da Lei Federal nº 14.133/2021.

16.3 – Poderá ser aplicada multa indenizatória de 10% sobre o valor total dos serviços contratados, quando a Credenciada:

a) Prestar informações inexatas ou causar embaraços à fiscalização e/ou controle dos serviços;

b) Transferir ou ceder suas obrigações, no todo ou em parte, a terceiros;

c) Executar os serviços em desacordo com as normas técnicas ou especificações, independente da obrigação de fazer as correções necessárias às suas expensas;

d) Cometer qualquer infração às normas legais federais, estaduais e municipais;

e) Não iniciar, sem justa causa, a execução do Contrato de Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento no prazo fixado;



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

- f) Não executar, sem justa causa, a totalidade ou parte do objeto contratado;
- g) Praticar por ação ou omissão, qualquer ato que, por imprudência, imperícia, negligência, dolo ou má fé, venha causar danos ao CISAP, aos Consorciados e/ou a terceiros, independente da obrigação em reparar os danos causados.

16.4 – As multas poderão ser reiteradas e aplicadas em dobro, sempre que se repetir o motivo.

16.4.1 – As multas aplicadas na execução do Contrato de Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento serão descontadas dos pagamentos devidos à Credenciada, a critério exclusivo da Administração do CISAP, e quando for o caso, cobradas judicialmente.

16.5 – O Contrato de Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento poderá ser rescindido por interesse da Contratada, mediante requerimento por escrito com antecedência de 30 (trinta) dias, e desde que não prejudique os atendimentos já agendados, ou que venham a ser agendados antes de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias. Decorrido o prazo mencionado, será lavrado o Termo de Descredenciamento, quando cessarão as obrigações de ambas as partes.

17 – DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

17.1 – Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar o presente edital até 03 (três) dias úteis após a data da publicação do Edital de Credenciamento, que será publicado no mural do Consórcio e disponibilizado no site **www.cisapsp.com.br**.

17.2 – Caberá à Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos julgar e responder à impugnação em até 03 (três) dias úteis.

17.3 – Não serão conhecidas as impugnações e os recursos meramente protelatórios ou subscritos por representante não habilitado legalmente ou não identificado no processo.

17.4 – O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

17.5 – Em caso de indeferimento do pedido de Credenciamento, a interessada poderá interpor recurso, no prazo de 03 (três) dias úteis, contados da lavratura da Ata do Processo de Credenciamento.

17.6 – Dos demais atos da Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos caberão os recursos previstos no artigo 165 da Lei nº 14.133/21.

17.7 – Os pedidos de impugnação, recursos e outros esclarecimentos necessários poderão ser feitos, desde que por escrito, no endereço descrito no preâmbulo deste Edital, através do e-mail **cisap2@terra.com.br**.

17.8 – A resposta às dúvidas suscitadas será transmitida em até 03 (três) dias úteis após a data do protocolo na Administração do CISAP ou do recebimento.

18 – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 – As especificações para prestação de serviço constantes no CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas) deverão ser Credenciadas como Pessoa Jurídica.



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

18.2 – 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.

18.3 – A Administração poderá alterar ou revogar o presente regulamento, a qualquer tempo, desde que justificado.

18.4 – O Contrato de Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento que será firmado não implica nenhum vínculo trabalhista ou previdenciário, tendo as Credenciadas responsabilidades única, exclusiva e total pelos serviços prestados.

18.5 – A Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos ou a autoridade superior poderão, em qualquer fase do Credenciamento, promover as diligências que considerarem necessárias, para esclarecer ou complementar a instrução do processo.

18.6 – A apresentação dos documentos de habilitação implica na aceitação de todos os termos contidos neste Edital.

18.7 – Em qualquer fase do procedimento, o Consórcio se reserva o direito de solicitar aos proponentes, esclarecimentos eventualmente necessários a um perfeito juízo e entendimento dos documentos apresentados.

18.8 – Ao CISAP se reserva o direito de, em qualquer época, suspender, revogar ou anular, total ou parcialmente, em qualquer de suas etapas o presente Credenciamento. Fica reservado o direito ainda de inabilitar ou desclassificar qualquer proposta que não atenda a todas as condições estabelecidas neste edital e dos documentos que dele fazem parte.

18.9 – Todas as condições deste Credenciamento, bem como os elementos nela referidos, especificações, documentos de habilitação, documentos técnicos e financeiros, cronograma, relação quantitativa e outros constantes deste processo, serão partes integrantes do contrato a ser celebrado entre a Credenciada e o Contratante.

18.10 – A Credenciada fica obrigada a manter as mesmas condições de cadastro quando da celebração do Termo de Credenciamento.

18.11 – O Credenciamento poderá ser realizado para a prestação imediata dos serviços credenciados ou somente para formalizar relação para futura prestação de serviços, mediante solicitação do Município Consorciado.

18.12 – Fica em aberto a adesão de novas interessadas enquanto vigorar o presente Edital de Credenciamento.

18.13 – O presente Edital será publicado no Mural do Consórcio e pelo site www.cisapsp.com.br.

19 - DO FORO

19.1 – 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

20 – ANEXOS

20.1 – 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 N° 01/2024 – (exames, diagnósticos e procedimentos);

V – Informe da prestação de serviços;

VI – Contrato de Credenciamento (Ordem de Execução dos Serviços) – Minuta;

VII – Modelo de procuração.

Osvaldo Cruz-SP, 03 de maio de 2024

JOÃO SOARES DOS SANTOS
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

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO I

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

_____ (nome completo), abaixo qualificado (a),
requer a inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE, conforme Edital nº 01/2024, 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 ou Av. _____ nº. _____, Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone Contato: () _____

Endereço Eletrônico: _____

DADOS DO(A) CREDENCIANDO(A)

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA: _____

Nacionalidade: _____, Estado Civil: _____, Profissão: _____

Endereço Residencial: Rua /Av. _____, nº. _____, Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

RG: _____, CPF _____

ESPECIALIDADE (S) _____

ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS:

(Local e data) _____, ___ de _____ de 2024

(nome e assinatura do (a) representante legal)



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

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro, para os fins de direito, na qualidade de Credenciado(a) do Cadastramento de Pessoa Jurídica do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2024, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista - CISAP, que esta empresa não é declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

(Local e data) _____, ___ de _____ de _____.

(nome e assinatura do(a) representante legal)



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

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO

Declaro, para fins de direito, na qualidade de Credenciando(a) do Cadastramento de Pessoa Jurídica do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2024, para fins do disposto no inciso VI, do art. 68 da lei 14.133/21, que esta empresa não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos (inciso XXXIII do artigo 7º da CF).

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

(Local e data) _____, ____ de _____ de _____.

(nome e assinatura do(a) representante legal)

**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**TABELA CISAP Nº 01/2024****VALORES UNITÁRIOS DOS SERVIÇOS**

Código	Especialidade	Atividade	Valor Unitário
001	ULTRASSONOGRAFIA	Abdômen Superior	70,00
		Abdômen Total	100,00
		Antebraço Esquerdo	70,00
		Antebraço Direito	70,00
		Aparelho Urinário Masculino / Feminino	70,00
		Articulações	70,00
		Axilas Bilateral	80,00
		Bolsa Escrotal	70,00
		Cervical	80,00
		Coluna Cervical	80,00
		Doppler Color Abdômen Superior	200,00
		Doppler Color Abdômen Total	200,00
		Doppler Color Aparelho Urinário	200,00
		Doppler Color Arterial M.I.	200,00
		Doppler Color Arterial M.S.	200,00
		Doppler Color Artérias e Vasos	200,00
		Doppler Color Bolsa Escrotal	200,00
		Doppler Color Carótidas	200,00
		Doppler Color Endovaginal	200,00
		Doppler Color Ginecológico	200,00
		Doppler Color Órgãos e Estr. Superficiais	200,00
		Doppler Color Tireóide	200,00
		Doppler Color Venoso M.I.	200,00
		Doppler Color Venoso M.S.	200,00
		Doppler Obstétrico Gestante	200,00
		Endovaginal	90,00
		Inguinal Direito	80,00
		Inguinal Esquerdo	80,00
		Mamas	75,00
		Obstétrico	70,00
		Obstétrico Gemelar	180,00
		Obstétrico Morfológico	180,00
		Obstétrico Translucência Nucal	180,00
Órgãos e Estruturas Superficiais	180,00		
Pélvico	70,00		
Pênis	70,00		

**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

ULTRASSONOGRAFIA (continuação)	Próstata (via Abdominal)	70,00
	Próstata (via Trans-retal)	80,00
	Tecidos Moles	80,00
	Tireóide	70,00
	Tórax	80,00
	Transfontanela	80,00
	Trans-Retal	75,00
	Transvaginal Gestante	80,00
	Ultrassom 3D/4D	200,00

002	MAMOGRAFIA DIGITAL	Mamografia Bilateral	95,00
-----	-----------------------	----------------------	-------

003	RAIO X	Cabeça	
		Adenóides Laterais	70,00
		Arcada Zigomática	70,00
		Articulação Têmporo-Mandibular	70,00
		Cavum	70,00
		Crânio	70,00
		Mastóides	70,00
		Maxilar Inferior	70,00
		Órbitas	70,00
		Ossos da Face	70,00
		Seios da Face	70,00
		Seios da Face c/ Hirtz	70,00
		Sela Túrcica	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
		Sacro-cóccix	70,00
		Total p/ escoliose	70,00
		Membros Superiores	
		Antebraço	70,00
Braço	70,00		
Clavícula	70,00		
Costelas por hemitórax	70,00		
Cotovelo	70,00		

**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

RAIO X (continuação)	Esterno	70,00
	Idade óssea	70,00
	Mão	70,00
	Ombro	70,00
	Punho	70,00
	Membros Inferiores	
	Articulação coxo-femural unilat.	70,00
	Articulações sacro-íliacas	70,00
	Bacia	70,00
	Bacia 2 incid.	70,00
	Calcâneo	70,00
	Coxa (fêmur)	70,00
	Escanometria	70,00
	Joelho	70,00
	Joelho c/ axial	70,00
	Joelho fp + obls + 3 axias	70,00
	Panorama de membros inferiores	70,00
	Pé	70,00
	Perna	70,00
	Tornozelo	70,00
	Tórax	
	Tórax ápico lordótica	70,00
	Tórax FP	70,00
	Tórax FP + OBLS	70,00
	Tórax PA	70,00
	Tórax PA (INSP. + EP.) + LAT.	70,00
	Aparelho Digestivo	
	E.E.P.	180,00
	Enema opaco	180,00
	Esôfago	180,00
	Est. e duodeno	180,00
	Trânsito intestinal	180,00
	Aparelho Urinário	
	Uretrocistografia	180,00
	Urografia excretora	180,00
Urografia venosa minutada 1,2,3	180,00	
Abdômen		
Abdômen 2 inc.	70,00	
Abdômen agudo	70,00	
Abdômen simples	70,00	

004	RESSONÂNCIA NUCLEAR	A.T.M. (unilateral)	550,00
		Abdômen Superior	550,00
		Angio-Ressonância	550,00

**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

RESSONÂNCIA NUCLEAR (continuação)	Bacia ou Pelve	550,00
	Coluna Cervical	550,00
	Coluna Dorsal	550,00
	Coluna Lombar	550,00
	Cotovelo e Punho (unilateral)	550,00
	Coxo-Femural (bilateral)	550,00
	Crânio	550,00
	Joelho (unilateral)	550,00
	Membros (inferior e superior)	550,00
	Pescoço	550,00
	Segmento Apendicular (unilateral)	550,00
	Tórax	550,00
	Tornozelo ou Pé	550,00

005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Abdomem Inferior	320,00
		Abdomem Superior	350,00
		Abdômen Total	650,00
		Angio Tomografia Cerebral	370,00
		Bacia ou Articulação Membros Inferiores	320,00
		Coluna Cervical	320,00
		Coluna Lombo Sacra	350,00
		Cóccix	320,00
		Crânio	320,00
		Face , Seios da Face	300,00
		Joelho, Pé, Mão, Punho e Coxa	320,00
		Laringe	320,00
		Mandíbula	320,00
		Pelve ou Vias Urinárias ou Abdômen Superior	335,00
		Pescoço ou Articulação Membros Superiores	320,00
		Segmentos Apendiculares	320,00
		Tórax	320,00
		Tórax de Alta Resolução (P.A.)	400,00
		Crânio com Contraste	380,00
		Torácica	320,00
Sela Túcica	350,00		



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

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO V

INFORME DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONFORME
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº XXXX/2024

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 01/2.024 para Credenciamento de pessoas jurídicas da área da saúde, aos pacientes encaminhados pelos Municípios Consorciados.

Endereço para atendimento:

Rua ou Av. _____ nº _____, Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

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 da CISAP que a nós serão cedidos.

(Local e data) _____, ___ de _____ de _____.

(nome e assinatura do(a) representante legal)



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 VI – M I N U T A

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº _____ / _____

Edital nº 01/2024

Contratante: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA – CISAP

Contratada: _____

Objeto: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE, EM EXAMES E DIAGNÓSTICOS, COM VISTAS A ATENDER AS DEMANDAS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS.

Que firmam as partes:

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA – CISAP, inscrito no CNPJ nº 02.675.363/0001-52, com sede na Rua Hans Klotz, nº 903, Centro, Osvaldo Cruz – SP, neste ato representado por seu Presidente Sr. _____, brasileiro, maior, portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado à Rua _____, (Bairro / Cidade / Estado), doravante denominado simplesmente CONTRATANTE e, a empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, com sede na Rua (Av.) _____, nº _____, bairro _____, cidade de _____, Estado de _____ neste ato representada pelo(a) Sr(a). _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG. nº _____ e do CPF/MF nº _____, doravante denominada CREDENCIADA, de acordo com o **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº xxxx/2024 – EDITAL Nº xxxx/2024**, firmam o presente Contrato de Credenciamento, **COM FULCRO NO ART. 74, IV E ART. 79, AMBOS DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021**, ficando justo e contratado o que neste instrumento se dispõe, que será pelas partes cumpridos, em conformidade com as cláusulas e condições abaixo especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 – A Ordem de Execução de Serviços, por meio do presente Contrato de Credenciamento, tem por objeto o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE, EM EXAMES E DIAGNÓSTICOS, COM VISTAS A ATENDER AS DEMANDAS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, na(s) seguinte(s) especialidade(s) da TABELA CISAP Nº 01/2024:

- ULTRASSONOGRRAFIA;
- MAMOGRAFIA DIGITAL;
- RAIOS X;
- RESSONÂNCIA NUCLEAR;
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

1.2 – É parte integrante deste Contrato de Credenciamento o Edital de Credenciamento nº 01/2024 e seus anexos.



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

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 – 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.

2.2 – 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.

2.3 – 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.

2.4 – Os serviços de responsabilidade da Credenciada deverão ser realizados nas melhores condições de atendimento à população.

2.5 – O Consórcio Intermunicipal poderá aumentar o prazo para execução dos serviços de saúde, desde que haja conveniência para o Município Consorciado e não importe em prejuízos ao interesse público.

2.6 – A Credenciada será obrigada a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência do contrato, exceto quando se manifestar com antecedência de 30 dias pela suspensão do Credenciamento.

2.7 – A Credenciada não poderá cobrar do usuário, ou seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

2.8 – Todos os insumos, equipamentos, recursos humanos, despesas de seguros, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários decorrentes da execução do objeto do contrato e necessários para a realização dos serviços serão de responsabilidade da Credenciada.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

3.1 – Fica expressa a aplicação da Lei Federal nº 14.133/2021 a este contrato, bem como legislações e atos normativos que tenham compatibilidade com o objeto.

CLÁUSULA QUARTA – DO LOCAL DE ATENDIMENTO

4.1 – Os atendimentos a que se referem no presente Edital deverão ser realizados em qualquer Município integrante deste Consórcio, em instalações da Credenciada, ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados.

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

4.3 – A utilização do local de atendimento, indicado pela interessada ao Credenciamento, não implicará em qualquer forma de responsabilidade e ônus por parte do 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

4.4 – Compete à Secretaria de Saúde do Município Consorciado informar o local da prestação dos serviços à população, de acordo com a necessidade da mesma.

4.5 – 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.

CLÁUSULA QUINTA – DO FATURAMENTO

5.1 – A competência para faturamento das guias de autorizações de exames, diagnósticos e procedimentos será sempre do dia 01 (primeiro) ao último dia de cada mês de produção.

5.2 – A Credenciada deverá enviar em envelope fechado, ao CISAP, o relatório de produção mensal juntamente com as guias de autorizações individualizada por Município Consorciado a que prestou os serviços, devidamente assinadas pelo paciente, pelo profissional de saúde que atendeu o paciente e também a autorização do Secretário Municipal da Saúde.

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

5.4 – Após a validação dos documentos realizado pelo CISAP, este encaminhará ao Município Consorciado, a solicitação do repasse dos valores financeiros para pagamento da Credenciada, que será executado após a entrega da nota fiscal correspondente.

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

CLÁUSULA SEXTA – DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

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

6.2 – Os pagamentos serão efetuados às Credenciadas ao término da elaboração de toda documentação pertinente ao processamento dos serviços realizados, ou conforme disponibilidade de repasses financeiros das Prefeituras Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

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

6.4 – 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.

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

6.6 – É vedada a cobrança de sobretaxas pela Credenciada, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

6.7 – A remuneração será conforme TABELA CISAP N° 01/2024, na forma do Anexo IV.

CLAUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA



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

7.1 – As despesas decorrentes do 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.

CLÁUSULA OITAVA – DO REAJUSTE E DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

8.1 – Os valores ora acertados serão fixos e irrevogáveis pelo período de 1 (um) ano. (*§1º do art. 2º da Lei Complementar nº 10.192/2001*)

8.2 – Todavia, ocorrendo a necessidade de reajustamento de preço, o índice a ser utilizado será o IPCA, com data-base vinculada à data do orçamento estimado

8.3 – O reajuste será aplicado a partir de 01 (um) ano às Credenciadas, em conformidade com o índice determinado no item 8.2 do presente contrato, a partir da data inicial de Credenciamento.

8.4 – A tabela de valores somente será revisada para fins de restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato de credenciamento, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução do contrato tal como pactuado (devidamente comprovado através de documentos idôneos), nos termos do artigo 124, II, alínea “d”, da Lei nº 14.133/2021.

8.5 – O prazo para resposta ao pedido de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro será de até 30 (trinta) dias. (*art. 92, inciso XI, da Lei nº 14.133/2021*)

8.6 – A extinção do contrato não configura óbice para o reconhecimento do desequilíbrio econômico-financeiro, hipótese em que será concedida indenização por meio de termo indenizatório (art. 131, caput, da Lei nº 14.133, de 2021).

CLAUSULA NONA – HIPÓTESES DE DESCREDENCIAMENTO E SANÇÕES PELA INADIMPLÊNCIA CONTRATUAL

9.1 – A Credenciada poderá ter seu Contrato de Credenciamento rescindido nas seguintes hipóteses cometidas:

9.1.1 – A não realização das ações e serviços de saúde contratados;

9.1.2 – A cobrança de quaisquer serviços, direta ou indiretamente, do usuário ou seu acompanhante;

9.1.3 – A mudança de capacidade operativa do estabelecimento de saúde, sem acordo prévio;

9.1.4 – A paralisação da prestação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação ao CISAP ou outras condutas caracterizadoras de inexecução contratual.

9.2 – Pela inexecução total ou parcial do Contrato de Prestação de Serviços poderá, garantida prévia defesa, além da rescisão, aplicar à Credenciada as seguintes sanções previstas no artigo 156 da Lei Federal nº 14.133/21:

a) Advertência por escrito;

b) Multa;

c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista - CISAP por



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

prazo não superior a 02 (dois) anos;

d) Declaração de inidoneidade para licitar junto à Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, de acordo com o inciso IV do Art. n° 156 da Lei Federal n° 14.133/2021.

9.3 – Poderá ser aplicada multa indenizatória de 10% sobre o valor total contratado, quando a Credenciada:

- a) Prestar informações inexatas ou causar embaraços à fiscalização e/ou controle dos serviços;
- b) Transferir ou ceder suas obrigações, no todo ou em parte, a terceiros;
- c) Executar os serviços em desacordo com as normas técnicas ou especificações, independente da obrigação de fazer as correções necessárias às suas expensas;
- d) Cometer qualquer infração às normas legais federais, estaduais e municipais;
- e) Não iniciar, sem justa causa, a execução do Contrato de Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento no prazo fixado;
- f) Não executar, sem justa causa, a totalidade ou parte do objeto contratado;
- g) Praticar por ação ou omissão, qualquer ato que, por imprudência, imperícia, negligência, dolo ou má fé, venha causar danos ao CISAP, aos Consorciados e/ou a terceiros, independente da obrigação em reparar os danos causados.

9.4 – As multas poderão ser reiteradas e aplicadas em dobro, sempre que se repetir o motivo.

9.4.1 – As multas aplicadas na execução do Contrato de Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento serão descontadas dos pagamentos devidos à Credenciada, a critério exclusivo da Administração do CISAP, e quando for o caso, cobradas judicialmente.

9.5 – O Contrato de Prestação de Serviços pelo Sistema de Credenciamento poderá ser rescindido por interesse da Contratada, mediante requerimento por escrito com antecedência de 30 (trinta) dias, e desde que não prejudique os atendimentos já agendados, ou que venham a ser agendados antes de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias. Decorrido o prazo mencionado, será lavrado o Termo de Descredenciamento, quando cessarão as obrigações de ambas as partes.

CLÁUSULA DECIMA – DO VALOR E PRAZO DA EXECUÇÃO

10.1 – A remuneração pela prestação dos serviços será regida pela TABELA CISAP N° 01/2024 e, nos casos omissos, será observada a Tabela aprovada pelo SUS, referência SIA-SIH/SUS.

10.2 – O prazo de execução se iniciará a partir da assinatura da Ordem de Execução dos Serviços por meio do Contrato de Credenciamento e a devida publicação no mural do Consórcio, sendo que os Credenciamentos efetivados em anos anteriores permanecem com validade durante a sua vigência, a menos que haja solicitação de revogação pela Credenciada ou a critério do Presidente do Conselho de Prefeitos. Ressalta-se que, havendo necessidade e interesse, poderá haver aditamentos nos termos da Lei n° 14.133/21;

10.3 – O presente Contrato de Credenciamento terá prazo de execução a partir de ___/___/____, por período de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos



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

períodos de tempo, até o máximo legal permitido, por decisão unilateral do CISAP e firmado através de Termo Aditivo.

10.4 – A vigência do presente Instrumento fica vinculada à existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo artigo 107, da Lei nº 14.133/21.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS CASOS DE EXTINÇÃO CONTRATUAL

11.1 – O presente Termo de Contrato de Credenciamento poderá ser rescindido:

- a) Determinada por ato unilateral e escrito da CISAP, exceto no caso de descumprimento decorrente de sua própria conduta;
- b) Consensual, por acordo entre as partes.

11.2 – Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CREDENCIADA o direito à prévia e ampla defesa.

11.3 – A CREDENCIADA reconhece os direitos do CONSÓRCIO em caso de rescisão administrativa prevista no art. 137 da Lei nº 14.133/2021.

11.4 – O termo de rescisão, sempre que possível, será precedido:

- a) Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
- b) Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;
- c) Indenizações e multas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

12.1 – A fiscalização do presente contrato incumbirá ao servidor designado através da Portaria nº 01/2023, para acompanhar, fiscalizar e controlar a execução do contrato, para os fins do disposto no artigo 117 da Lei nº 14.133/21 responsabilizando-se pelo recebimento e conferência dos serviços.

12.2 – O fiscal do contrato se responsabiliza por exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

13.1 – O presente Contrato de Credenciamento não poderá ser objeto de cessão, subcontratação ou transferência, no todo ou em parte.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.

14.1 – O prazo para resposta aos pedidos e requerimentos realizados pela CREDENCIADA é de 30 (trinta) dias, contados do seu protocolo.

14.2 – O prazo para resposta aos pedidos e requerimentos realizados pela CONTRATANTE será fixado pela autoridade no seu ato.

14.3 – É obrigação da Credenciada manter, durante toda a execução do contrato, em



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

compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições exigidas para a habilitação no Credenciamento.

14.5 – Fica fazendo parte integrante deste Contrato de Credenciamento seus respectivos anexos, inclusive o Edital de Credenciamento nº 01/2024, para todos os fins legais

14.6 – É obrigação da CREDENCIADA e de seus representantes manter cadastro ativo junto ao Consórcio para que haja boa execução contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO

15.1 – Fica eleito o Foro da Comarca de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, para dirimir as dúvidas que porventura venham surgir no cumprimento do Contrato de Credenciamento em questão.

15.2 – E, estando assim, devidamente acertados e ajustados, firmam o presente instrumento em duas vias de igual valor, teor e forma e na presença de duas testemunhas que também assinam.

Osvaldo Cruz–SP, ____ de _____ de _____

PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP

RAZÃO SOCIAL
NOME DO(A) REPRESENTANTE DA CREDENCIADA

TESTEMUNHAS



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

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO VII

CRENCIAMENTO Nº 01/2024

PROCURAÇÃO

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

OUTORGADO(A) (REPRESENTANTE DA EMPRESA): Sr.(a) _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão/função _____, RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado(a) 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 01/2024.

(Local e data) _____, ____ de _____ de _____.

(nome e assinatura do(a) outorgante)

(nome e assinatura do(a) outorgado(a))