



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 002/2023**

**INEXIGIBILIDADE Nº002/2023**

**CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**

**EDITAL**

**Local:** O recebimento da documentação para o credenciamento ocorrerá exclusivamente no formato eletrônico através do site [www.licitardigital.com.br](http://www.licitardigital.com.br)  
**Período:** De 01 de setembro de 2023.  
**Horário:** Até as 23:59 do dia 01 de Setembro de 2028.  
**Recebimento da documentação:** **A partir de 01 de setembro de 2023**  
**Modo:** Aberto

**1 - PREÂMBULO**

O Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e Vale do Piranga – CISAP-VP, inscrito no CNPJ sob o nº. **02.401.218/0001-83**, através da Comissão Permanente de Licitação nomeada pela Portaria nº.003/2023, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021 e suas modificações posteriores, torna público que receberá, durante o período de **01/09/2023 a 01/09/2028**, no site [www.licitardigital.com.br](http://www.licitardigital.com.br), de forma exclusiva pelo método eletrônico, propostas para o **CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**.

**2 - DO OBJETO**

**2.1** - O presente Credenciamento Eletrônico tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviço de exames médicos eletivos, em complementação ao atendimento do SUS, visando o atendimento aos municípios participantes do CISAP-VP, conforme valores estabelecidos pelo CISAP-VP, conforme anexo.

**2.2** - A aquisição do Edital completo poderá ser feito pelo licitante no próprio órgão, situado na Av. Professor Manoel Martins, nº 521, Apto 01, Bairro Campo Alegre, na cidade de Conselheiro Lafaiete/MG, no horário de **08h às 17h** ou pelos endereços eletrônicos: [cisapvplicitacao@gmail.com](mailto:cisapvplicitacao@gmail.com) ou [www.licitardigital.com.br](http://www.licitardigital.com.br) - licitações.

**3 - FINALIDADE**

**3.1** - O presente credenciamento eletrônico tem por finalidade atender a demanda dos municípios de consorciados do **Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e Vale do Piranga – CISAP-VP**.

**3.1.1** - Municípios consorciados ao CISAP-VP:



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

---

- Belo Vale,
- Casa Grande,
- Catas Altas da Noruega,
- Congonhas,
- Conselheiro Lafaiete,
- Desterro de Entre Rios,
- Itaverava,
- Lamim,
- Ouro Branco,
- Piranga,
- Queluzito,
- Rio Espera,
- Santana dos Montes e,
- Senhora de Oliveira.

#### **4 - DA FORMA DE ATENDIMENTO**

**4.1** - O CREDENCIADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CISAP-VP, através das Secretarias de Saúde dos municípios dele consorciados, oferecendo-lhes **EXAMES MÉDICOS ELETIVOS ESPECIALIZADAS**, conforme anexo constante do edital.

**4.2** - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento/Autorização do CISAP-VP, expedida individualmente, pelos Secretários Municipais de Saúde, juntamente com o pedido médico anexado.

#### **5 - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

**5.1** - O valor do serviço objeto deste credenciamento está estabelecido no **ANEXO I** que são partes integrantes do presente Edital e do contrato a ser celebrado.

**5.2** – O preço referido no objeto é considerado completo e abrange todos os tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e para fiscais), leis sociais e trabalhistas, administração, lucros, entre outros.

**5.3** - Os valores decorrentes deste edital serão fixos e irrevogáveis, salvo na hipótese da Tabela de Preços do Consórcio sofrer reajuste, conforme deliberação do CISAP-VP.

**5.4** - Considerar-se-á, para fins de fechamento de mês, do dia 21 a 20 do mês seguinte, com o intuito de que haja tempo hábil para repassar os municípios consorciados os quantitativos utilizados por cada Município, bem como o valor a ser pago por este e, assim efetuar o pagamento a Credenciada no prazo estabelecido neste Edital.



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENT0 - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

---

**5.5** - A Credenciada deverá emitir no final do fechamento do mês (dia 20) o Relatório Financeiro – faturamento fornecedor por Município, com status de realizados, e encaminhá-las ao CISAP-VP juntamente com as Guias de Autorização - na ordem em que consta o relatório, e com a Nota Fiscal, para que possam receber os respectivos pagamentos pelos serviços prestados;

**5.6** - Os documentos acima mencionados (Relatórios de Faturamento contendo os nomes dos pacientes e os exames realizados, bem como as respectivas Guias de Autorização e a Nota Fiscal) deverão ser encaminhados ao CISAP-VP para conferência, impreterivelmente até o terceiro dia útil após o fechamento do mês (dia 20), sob pena de inexecução contratual prevista no Termo de Credenciamento, sujeitando-se as penalidades ali previstas;

**5.7** – A Credenciada deverá emitir a Nota Fiscal em inteira conformidade com as exigências legais e contratuais, especialmente as de natureza fiscal, com destaque, quando exigíveis, das retenções tributárias e/ou previdenciárias;

- i. no texto da Nota Fiscal deverão constar as seguintes referências: nome do Banco, número e nome da Agência, e número da conta corrente da empresa Credenciada, bem como o número do contrato;
- ii. a Credenciada deverá detalhar na Nota Fiscal todos os serviços prestados, constando a quantidade o valor unitário e o valor total;
- iii. caso a Credenciada não encaminhe a Nota Fiscal e os demais documentos ao CISAP-VP no prazo fixado, a data do pagamento passará para próxima data de pagamento do mês seguinte;
- iv. o CISAP-VP identificando quaisquer erros ou divergências na Nota Fiscal ou outra circunstância que desautorize a liquidação da despesa, deverá devolvê-la a Credenciada para que sejam feitas as correções necessárias, sendo que o prazo estipulado para pagamento será contado somente a partir da reapresentação/substituição do documento, desde que devidamente sanado o vício;
- v. nenhum pagamento será efetuado enquanto estiver pendente de liquidação qualquer obrigação por parte da Credenciada, seja relativa à execução do objeto seja quanto à documento exigido para a liberação dos pagamentos, sem que isto gere direito a alteração de preços, correção monetária, compensação financeira ou interrupção na prestação dos serviços;
- vi. uma vez paga a importância discriminada na Nota Fiscal, a Credenciada dará ao CISAP-VP plena, geral e irretratável quitação da remuneração



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

---

referente aos serviços nela discriminados, para nada mais vir a reclamar ou exigir a qualquer título, tempo ou forma;

**5.8** - A credenciada encaminhará junto com a Nota Fiscal, os seguintes documentos: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista.

**5.9** - O pagamento será creditado em conta corrente, por meio de ordem bancária a favor de qualquer instituição bancária indicada na Nota Fiscal e/ou no ato de credenciamento, devendo, para isso, ficar explícito o nome do banco, agência, localidade e número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito.

**5.10** - O prazo para o pagamento será em até 20 (vinte) dias úteis, contados do 1º (primeiro) dia útil subsequente ao da emissão da Nota Fiscal/Faturas, condicionado à apresentação da relação de atendimento e guias correspondentes que deverão ser atestados pela Diretora de Departamento do CISAP-VP;

**5.11** - Havendo erro na Nota Fiscal ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta será devolvida ao prestador, e o pagamento ficará pendente até que ela providencie as medidas saneadoras. Nessa hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a regularização da situação ou reapresentação do documento fiscal não acarretando qualquer ônus ao CISAP-VP.

**5.12** - Caso o prestador seja optante pelo Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte – SIMPLES, deverá apresentar, juntamente com a Nota Fiscal, a devida comprovação, a fim de evitar a retenção na fonte dos tributos, de acordo com a Lei Complementar nº 123/2006.

## **6 - DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO**

**6.1** - Poderão participar do presente credenciamento eletrônico pessoas Jurídicas legalmente constituídas e habilitadas, com regularidade jurídica, fiscal e trabalhista, que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de indignidade por parte do Poder Público e que satisfaçam as condições fixadas neste edital de Credenciamento, aceitando as normas estabelecidas pelo CISAP-VP e na Lei Federal 14.133/21.

**6.1.1** - É de responsabilidade exclusiva e integral da pessoa jurídica credenciada a utilização de pessoal para execução do objeto da contratação, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao CISAP-VP.

**6.1.2** - É vedada participação de Pessoa Jurídica na qual, dentre seus dirigentes responsáveis técnicos ou legais, bem como dentre eventuais subcontratados, fique



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

ocupante de cargo ou de emprego público na Administração direta ou indireta do CISAP-VP.

**6.2** - Os participantes deverão primeiramente se inscrever na plataforma eletrônica do credenciamento eletrônico no endereço: [www.licitardigital.com.br](http://www.licitardigital.com.br), dentro da opção: Adesão - Adesão fornecedor. Cadastrada senha de acesso, será liberado o acesso à área logada. O participante deverá, após selecionar o edital enviar a documentação necessária, informar os serviços aos quais pretende se credenciar e solicitar a participação no credenciamento. Para dúvidas quanto ao cadastro na plataforma deverão ser sanadas diretamente com a Licitardigital.

#### **6.2.1 - DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO**

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual; ou  
Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou  
Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; ou  
Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.
- b) Comprovante de Inscrição do CNPJ;
- c) Prova de regularidade conjunta de Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, nos termos da Portaria Conjunta RFB/PGFN nº1.751/2014;
- d) Certificado de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, mediante apresentação de **Certidão Negativa** emitida pela Secretaria competente do Estado;
- f) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, mediante apresentação de **Certidão Negativa** emitida pela Secretaria competente do Município.
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, conforme estabelecido pela Lei nº 12.440/2011);
- h) Registro da Pessoa Jurídica no Conselho de fiscalização profissional respectivo;
- i) Registro no Conselho de Classe equivalente (Pessoa Física);
- j) Alvará de Funcionamento vigente;
- k) Alvará Sanitário vigente\*;
- l) Comprovação de titulação da especialidade compatível ao objeto da licitação, com o RQE (Registro de Qualificação de Especialista).
- m) Ficha do CNES (CADASTRO NACIONAL ESTABELECIMENTO SAÚDE)\*;
- n) ANEXO I - Especificação e Valor do Serviço.
- o) ANEXO II- Relação de Profissionais;



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

- p) ANEXO III - Dados Complementares;
- q) ANEXO IV - Planilha de disponibilidade de demanda pelo credenciamento;
- r) ANEXO V - Modelo de Procuração;
- s) ANEXO VI - Declaração De Cumprimento Do Disposto no Inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal
- t) ANEXO VII - Termo de Referência;
- u) ANEXO VIII - Minuta de Contrato

**6.2.1.1** - Os documentos de habilitação deverão ser anexados na plataforma eletrônica em formato PDF.

**6.2.1.2** - A relação de profissionais, dados complementares, modelo de procuração, poderão ser preenchidas, convertidas em PDF e assinadas **eletronicamente nos termos de certificados ICP-Brasil, conforme MP 2.200-2 de 2001 e após anexadas nos campos específicos na plataforma eletrônica de credenciamento (sem a necessidade de impressão e assinatura física do documento); ou**  
**Poderão ser preenchidas, impressas, assinadas fisicamente, digitalizadas em PDF e posteriormente anexadas nos campos específicos na plataforma eletrônica de credenciamento.**

**6.2.2** - Não será credenciado o prestador de serviço que deixar de apresentar quaisquer desses documentos acima, ou apresentá-los em desacordo com o presente Edital de Credenciamento, resguardada a hipótese do participante que se declarar micro empresa e a empresa de pequeno porte, que possuindo restrição em qualquer documento de **regularidade fiscal**, terá sua habilitação condicionada à apresentação da nova documentação, que comprove sua regularidade em 5 (cinco) dias úteis, a contar da comunicação da pendência na plataforma eletrônica do credenciamento, para regularização da documentação.

**6.3. Por se tratar de um credenciamento aberto, e, assim sem distribuição de quantitativo, deverá o fornecedor no campo quantitativo deixar como zero, conforme exemplo abaixo:**

| Item         | Descrição                 | Unitário | Total | Quantidade  | Qtde. Disponível |
|--------------|---------------------------|----------|-------|-------------|------------------|
| Oftalmologia |                           |          |       |             |                  |
| 1            | Consultas de Oftalmologia | 60,00    | 0,00  | - Consultas | -                |
| Totais       |                           |          | 0,00  | 0,00        | 0,00             |

**6.4.** No contrato a ser gerado constará apenas os valores dos procedimentos, sendo que a distribuição dos serviços será realizada conforme a demanda dos Municípios Consorciados forem surgindo.

**6.5.** Para dúvidas quanto ao cadastro na plataforma deverão ser sanadas diretamente com a Licitar Digital.





Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

---

## **7 - DA ADESÃO AO CREDENCIAMENTO**

**7.1** - Os proponentes, ao efetivarem o CREDENCIAMENTO, concordam automaticamente com todos os termos do Edital e seus anexos.

**7.2** - A contratação somente se efetivará após o cumprimento dos critérios estabelecidos neste EDITAL DE CREDENCIAMENTO, definidos pelo CISAP-VP.

**7.3** - Será considerada habilitada a empresa que apresentar toda a documentação em conformidade com a cláusula 6.2.1 do presente edital.

**7.4** – A distribuição da demanda que surgir durante o período de vigência do presente credenciamento será realizada da seguinte forma:

a) Considerando que a escolha do prestador de serviço é feita pelo usuário do sistema da rede municipal de saúde, conforme orientação do Tribunal de Contas de Estado de Minas Gerais, **não garantindo ao credenciamento, quantitativo mínimo de procedimentos a serem solicitados e realizados a cada Credenciado,** sendo sempre estimado o número de procedimentos

**7.5** - O quantitativo genérico previsto neste Edital é meramente estimativo, representando apenas o que o CISAP-VP considera que poderá surgir de demanda real no período de 12 (doze) meses, podendo o CONTRATANTE requisitar os serviços em quantidade inferior ou superior ao estabelecido nas Planilhas constantes dos Anexos ao Edital, de acordo com a demanda dos usuários da rede.

**7.6** - É vedado:

**7.6.1** - A cobrança de qualquer natureza dos pacientes encaminhados para a realização dos **ATENDIMENTOS**.

## **8 - DA CONVOCAÇÃO**

**8.1** - Os documentos de habilitação deverão ser encaminhados exclusivamente pela plataforma eletrônica indicada no item “1” ([www.licitardigital.com.br](http://www.licitardigital.com.br)), no **a partir do dia 01 de setembro de 2023, estendendo por 05 (cinco) anos ou enquanto durar o interesse do CISAP-VP.**

**8.2** – O CISAP-VP convocará o candidato selecionado, através da plataforma eletrônica do credenciamento e ou e-mail, para assinar o contrato no prazo de até 05 (cinco) dias contados a partir do envio do e-mail ou da comunicação na plataforma;

**8.3** - O contrato de credenciamento será enviado ao candidato selecionado pela plataforma eletrônica e ou e-mail, sendo que, poderá o candidato devolver o contrato assinado:

**8.3.1** - Pela plataforma eletrônica do credenciamento eletrônico, através de arquivo PDF, assinado eletronicamente nos termos de certificados ICP-Brasil, conforme MP 2.200-2 de 2001; ou



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

---

**8.3.2 - Devolver o contrato assinado no formato físico, a ser encaminhado para o Endereço do CISAP-VP, na Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Apto 01, bairro Campo Alegre, em Conselheiro Lafaiete/MG, CEP 36.400-110;**

**8.4 - O não atendimento à convocação para assinatura do contrato, no prazo previsto no subitem 8.3, representará a desistência da empresa com relação ao procedimento previsto neste Edital.**

**8.5 - O resultado da habilitação e do credenciamento será divulgado em até 30 (trinta) dias após o credenciamento do interessado e será afixado em local próprio no saguão da sede do CISAP-VP e [www.licitardigital.com.br](http://www.licitardigital.com.br) e/ou publicação no diário local.**

**8.6 - É vedada a transferência, total ou parcial, para terceiros, do objeto do presente credenciamento, sem a anuência prévia do CISAP-VP.**

## **9 - DO PRAZO**

O prazo de vigência do credenciamento será de 05 (cinco) anos.

## **10 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes da presente licitação, correrão por conta da dotação orçamentária abaixo especificada do orçamento para o exercício de 2023, devendo ser consignada dotação de mesma natureza e categoria econômica, no orçamento do(s) próximo(s) exercício(s) para continuação do Contrato, em caso de necessidade de prorrogação:

Dotação: 3.3.90.39.36.00.00.00

## **11 - DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS**

**11.1 - O contrato a ser firmado, cuja minuta integra o presente edital para todos os fins e efeitos de direito, regulamentará as condições de sua execução, bem como os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, sujeitando-se aos preceitos de direito público e aplicando-se subsidiariamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.**

## **12 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**12.1 - A prestação dos serviços deverá ser realizada no consultório próprio do contratado.**

**12.2 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CONTRATANTE, expedida individualmente pelos Secretários Municipais de Saúde do Município Consorciado, juntamente com o pedido médico.**

**12.3 - A eventual mudança de endereço do prestador de serviços, ou outras alterações a qualquer título, deverão ser imediatamente comunicadas ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços contratados, podendo para isso rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.**





Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

---

### **13 - DOS RECURSOS**

Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso diretamente na plataforma eletrônica do credenciamento, no endereço [www.licitardigital.com.br](http://www.licitardigital.com.br), nos termos da Lei Federal nº 14.133/21.

### **14 - DOS PREÇOS PRATICADOS**

O valor constante do anexo, foi fixado em conformidade com a Tabela do CISAP-VP, respeitando a real capacidade financeira deste Consórcio.

### **15 - DOS ANEXOS**

15.1- Integram o presente Edital os seguintes anexos:

- a) ANEXO I - Especificação e Valor do Serviço.
- b) ANEXO II - Relação de Profissionais;
- c) ANEXO III - Dados Complementares;
- d) ANEXO IV – Planilha De Disponibilidade De Demanda Pelo Credenciamento
- e) ANEXO V - Modelo De Procuração
- f) ANEXO VI - Declaração De Cumprimento Do Disposto no Inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal
- g) ANEXO VII - Termo de Referência;
- h) ANEXO VIII - Minuta de Contrato.

Conselheiro Lafaiete/MG, 28 de agosto de 2023.

---



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

**CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**

**ANEXO I**

| EXAMES MÉDICOS ELETIVOS ESPECIALIZADOS |                                                                |                       |                |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|
| ITEM                                   | DESCRIÇÃO                                                      | Quantidade Estimada*1 | VALOR UNITÁRIO |
| 1                                      | ANGIORRESSONANCIA DIVERSAS COM OU SEM CONTRASTE                | 100                   | R\$ 351,00     |
| 2                                      | ANGIOTOMOGRAFIA DIVERSAS COM OU SEM CONTRASTE                  | 200                   | R\$ 351,00     |
| 3                                      | AORTOGRAFIA /ARTERIOGRAFIA DE MMII-ARTERIOGRAFIA ABDOMINAL     | 50                    | R\$ 2.100,00   |
| 4                                      | ARTERIOGRAFIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS/ARTERIOGRAFIA CEREBRAL | 50                    | R\$ 2.300,00   |
| 5                                      | ARTOGRAFIA/ARTERIOGRAFIA DE MI-DIREITO OU ESQUERDO             | 50                    | R\$ 1.650,00   |
| 6                                      | AUDIOMETRIA TONAL, VOCAL, IMPEDANCIOMETRIA                     | 350                   | R\$ 90,00      |
| 7                                      | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                             | 80                    | R\$ 100,00     |
| 8                                      | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO              | 70                    | R\$ 120,00     |
| 9                                      | CATETERISMO CARDÍACO                                           | 120                   | R\$ 1.750,00   |
| 10                                     | CATETERISMO CARDÍACO COM ESTUDO DE PONTES (CRVM / CRV /CRM)    | 50                    | R\$ 2.000,00   |
| 11                                     | COLANGIORRESSONANCIA                                           | 50                    | R\$ 610,00     |
| 12                                     | COLONOSCOPIA (INCLUI RETOSSIGMOIDOSCOPIA)                      | 900                   | R\$ 500,00     |
| 13                                     | CORY BIÓPSIA MAMA (UNILATERAL)                                 | 100                   | R\$ 330,00     |
| 14                                     | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)       | 70                    | R\$ 90,00      |
| 15                                     | DENSITOMETRIA OSSEA CORPO TOTAL                                | 100                   | R\$ 100,00     |
| 16                                     | DENSITOMETRIA OSSEA 2 SEGMENTOS                                | 350                   | R\$ 100,00     |
| 17                                     | DUPLEX SCAN - AORTA ABDOMINAL E ÍLIACA                         | 20                    | R\$ 160,00     |
| 18                                     | DUPLEX SCAN - ARTÉRIAS RENAIIS                                 | 20                    | R\$ 160,00     |
| 19                                     | DUPLEX SCAN - CARÓTIDAS E VERTEBRAIS                           | 450                   | R\$ 160,00     |
| 20                                     | DUPLEX SCAN - MI VENOSO OU ARTERIAL                            | 400                   | R\$ 80,00      |
| 21                                     | DUPLEX SCAN - MI VENOSO E ARTERIAL                             | 150                   | R\$ 160,00     |
| 22                                     | DUPLEX SCAN - MMII VENOSO OU ARTERIAL                          | 300                   | R\$ 160,00     |
| 23                                     | DUPLEX SCAN - MMII VENOSO E ARTERIAL                           | 300                   | R\$ 320,00     |
| 24                                     | DUPLEX SCAN - MS VENOSO OU ARTERIAL                            | 50                    | R\$ 80,00      |
| 25                                     | DUPLEX SCAN - MS VENOSO E ARTERIAL                             | 50                    | R\$ 160,00     |
| 26                                     | DUPLEX SCAN - MMSS VENOSO OU ARTERIAL                          | 50                    | R\$ 160,00     |
| 27                                     | DUPLEX SCAN - MMSS VENOSO E ARTERIAL                           | 50                    | R\$ 320,00     |
| 28                                     | ECODOPLERCARDIOGRAMA COLORIDO ADULTO                           | 1700                  | R\$ 150,00     |
| 29                                     | ECODOPLERCARDIOGRAMA COLORIDO INFANTIL                         | 200                   | R\$ 150,00     |
| 30                                     | ECODOPLERTRANS-ESOFÁGICO                                       | 200                   | R\$ 200,00     |
| 31                                     | EEGQ QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL)                        | 100                   | R\$ 200,00     |

\*1 O quantitativo previsto neste Edital é meramente estimativo para um período de 12 (doze) meses.

# Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e Vale do Piranga



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENT0 - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

|    |                                                                                                                |      |            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|
| 32 | ELETRONECEFALOGRAFIA COM LAUDO                                                                                 | 500  | R\$ 31,00  |
| 33 | ELETRONEUROMIOGRAFIA MMII                                                                                      | 150  | R\$ 375,00 |
| 34 | ELETRONEUROMIOGRAFIA MMSS                                                                                      | 150  | R\$ 375,00 |
| 35 | ELETRONEUROMIOGRAFIA MMSS E MMII                                                                               | 40   | R\$ 750,00 |
| 36 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA                                                                                      | 2000 | R\$ 110,00 |
| 37 | ESPIROMETRIA COM BRONCODILATADOR                                                                               | 440  | R\$ 80,00  |
| 38 | ESPIROMETRIA SIMPLES                                                                                           | 150  | R\$ 30,00  |
| 39 | FIBRONASOLARINGOSCOPIA                                                                                         | 100  | R\$ 130,00 |
| 40 | GONIOSCOPIA                                                                                                    | 60   | R\$ 60,00  |
| 41 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA                                                                                         | 80   | R\$ 250,00 |
| 42 | HOLTER 24HS                                                                                                    | 420  | R\$ 100,00 |
| 43 | MAPA (MAPEAMENTO AMBULATORIAL PRESSÃO ARTERIAL)                                                                | 280  | R\$ 100,00 |
| 44 | MAPEAMENTO DE RETINA                                                                                           | 300  | R\$ 80,00  |
| 45 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA (POR OLHO)                                                                     | 70   | R\$ 150,00 |
| 46 | PAAF - MAMAS                                                                                                   | 42   | R\$ 187,00 |
| 47 | PAAF - TIREOIDE                                                                                                | 180  | R\$ 187,00 |
| 48 | POLIPECTOMIA DE CÔLON/RETO/SIGMÓIDE ATÉ 9MM                                                                    | 100  | R\$250,00  |
| 49 | POLIPECTOMIA DE CÔLON/RETO/SIGMÓIDE MAIOR OU IGUAL A 10MM (COM USO DE CLIP E ALÇA DE POLIPECTOMIA DESCARTÁVEL) | 90   | R\$600,00  |
| 50 | POLISSONOGRAMA                                                                                                 | 150  | R\$350,00  |
| 51 | REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL                                                 | 300  | R\$50,00   |
| 52 | RESSONÂNCIA ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO)                       | 120  | R\$ 351,00 |
| 53 | RESSONÂNCIA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)                                                          | 20   | R\$ 351,00 |
| 54 | RESSONÂNCIA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)                                                                        | 500  | R\$ 351,00 |
| 55 | RESSONÂNCIA BACIA (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS)                                                                  | 40   | R\$ 351,00 |
| 56 | RESSONÂNCIA BRAÇO OU ANTEBRAÇO (UNILATERAL)                                                                    | 50   | R\$ 351,00 |
| 57 | RESSONÂNCIA COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR                                                                | 700  | R\$ 351,00 |
| 58 | RESSONÂNCIA CORAÇÃO                                                                                            | 50   | R\$ 600,00 |
| 59 | RESSONÂNCIA COXA OU PERNA (UNILATERAL)                                                                         | 50   | R\$ 351,00 |
| 60 | RESSONÂNCIA CRÂNIO (ENCÉFALO)                                                                                  | 350  | R\$ 351,00 |
| 61 | RESSONÂNCIA MAMA (UNILATERAL)                                                                                  | 50   | R\$ 351,00 |
| 62 | RESSONÂNCIA MÃO (UNILATERAL) "NÃO INCLUI PUNHO"                                                                | 50   | R\$ 351,00 |
| 63 | RESSONÂNCIA ORBITAS                                                                                            | 50   | R\$ 351,00 |
| 64 | RESSONÂNCIA PÉ OU ANTEPÉ (UNILATERAL) "NÃO INCLUI TORNOZELO"                                                   | 50   | R\$ 351,00 |
| 65 | RESSONÂNCIA Pelve (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS)                                                       | 200  | R\$ 351,00 |
| 66 | RESSONÂNCIA PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TEREÓIDE, PARATIREOIDE)                       | 30   | R\$ 351,00 |
| 67 | RESSONÂNCIA SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)                                                                            | 40   | R\$ 351,00 |
| 68 | RESSONÂNCIA TÓRAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA)                                                        | 40   | R\$ 351,00 |
| 69 | RETINOGRAMA COLORIDA BINOCULAR                                                                                 | 80   | R\$ 150,00 |

# Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e Vale do Piranga



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

|     |                                                                                                           |      |            |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|
| 70  | RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                                                                       | 80   | R\$ 250,00 |
| 71  | RETOSSIGMOIDOSCOPIA                                                                                       | 80   | R\$ 150,00 |
| 72  | SEDAÇÃO INFANTIL NOS EXAMES DE RESSONÂNCIAS                                                               | 1300 | R\$ 600,00 |
| 73  | TESTE ERGOMÉTRICO                                                                                         | 200  | R\$ 100,00 |
| 74  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME INFERIOR / BACIA / PELVE - C/ OU S/ CONTRASTE                           | 150  | R\$ 207,95 |
| 75  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE                                           | 400  | R\$ 207,95 |
| 76  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME TOTAL - C/ OU S/ CONTRASTE                                              | 40   | R\$ 415,89 |
| 77  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE                             | 40   | R\$ 130,12 |
| 78  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE                             | 50   | R\$ 130,12 |
| 79  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL - C/ OU S/ CONTRASTE                                           | 40   | R\$ 130,14 |
| 80  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE                                             | 600  | R\$ 130,14 |
| 81  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO - C/ OU S/ CONTRASTE                                                    | 70   | R\$ 146,16 |
| 82  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE  | 40   | R\$ 130,12 |
| 83  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HEMITORAX, PULMÃO OU DO MADIÁSTINO C/ OU S/ CONTRASTE                          | 70   | R\$ 204,61 |
| 84  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE                                                 | 40   | R\$ 151,65 |
| 85  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OUVIDO C/ OU S/ CONTRASTE                                                      | 42   | R\$ 130,12 |
| 86  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA REGIÃO CERVICAL (PESCOÇO) C/ OU S/ CONTRASTE                                   | 100  | R\$ 130,12 |
| 87  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEG. ADICIONAIS DA COLUNA C/ OU S/ CONTRASTE                                   | 40   | R\$ 151,65 |
| 88  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEG. APENDICULARES (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE | 40   | R\$ 130,12 |
| 89  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TURCICA C/ OU S/ CONTRASTE                                                | 400  | R\$ 146,16 |
| 90  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TÓRAX C/ OU S/ CONTRASTE                                                       | 100  | R\$ 204,61 |
| 91  | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – MONOCULAR                                                                | 100  | R\$ 380,00 |
| 92  | TONOMETRIA                                                                                                | 100  | R\$ 40,00  |
| 93  | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA                                                                      | 80   | R\$ 140,00 |
| 94  | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) COM ANESTESIA                                               | 150  | R\$ 500,00 |
| 95  | USG ABDOME INFERIOR                                                                                       | 200  | R\$ 60,00  |
| 96  | USG ABDOME SUPERIOR                                                                                       | 200  | R\$ 60,00  |
| 97  | USG ABDOME TOTAL                                                                                          | 1300 | R\$ 80,00  |
| 98  | USG ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)                                                                           | 700  | R\$ 60,00  |
| 99  | U-S AXILAS                                                                                                | 800  | R\$ 60,00  |
| 100 | USG BOLSA ESCROTAL                                                                                        | 100  | R\$ 60,00  |
| 101 | USG COM DOPPLER BOLSA ESCROTAL                                                                            | 50   | R\$ 100,00 |

# Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e Vale do Piranga



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

|                |                                                                                                    |                |            |                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|----------------------|
| 102            | USG COM DOPPLER ENDOVAGINAL                                                                        | 60             | R\$ 100,00 |                      |
| 103            | USG - COM DOPPLER OBSTÉTRICO                                                                       | 50             | R\$ 150,00 |                      |
| 104            | USG COM DOPPLER TIREOIDE                                                                           | 250            | R\$ 100,00 |                      |
| 105            | USG COM DOPPLER MAMA (CADA MAMA)                                                                   | 40             | R\$ 150,00 |                      |
| 106            | USG COM DOPPLER ABDOME TOTAL                                                                       | 60             | R\$ 180,00 |                      |
| 107            | USG ENDOVAGINAL                                                                                    | 800            | R\$ 60,00  |                      |
| 108            | USG MAMAS                                                                                          | 800            | R\$ 60,00  |                      |
| 109            | USG OBSTÉTRICO                                                                                     | 150            | R\$ 60,00  |                      |
| 110            | USG OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO                                                                         | 240            | R\$ 280,00 |                      |
| 111            | USG OBSTÉTRICO TRANSLUCÊNCIA NUCAL                                                                 | 70             | R\$ 100,00 |                      |
| 112            | USG PARTES MOLES                                                                                   | 180            | R\$ 60,00  |                      |
| 113            | USG PRÓSTATA                                                                                       | 70             | R\$ 60,00  |                      |
| 114            | USG TIREÓIDE                                                                                       | 180            | R\$ 60,00  |                      |
| 115            | USG TÓRAX                                                                                          | 100            | R\$60,00   |                      |
| 116            | USG VIAS URINÁRIAS                                                                                 | 300            | R\$ 60,00  |                      |
| 117            | VIDEOLARINGOSCOPIA                                                                                 | 280            | R\$150,00  |                      |
| CINTILOGRAFIAS |                                                                                                    |                |            |                      |
| ITEM           | DESCRIÇÃO                                                                                          | CÓDIGO SUS     | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO (R\$) |
| 118            | CINTILOGRAFIA DA PARATIREÓIDE                                                                      | 02.08.03.001-8 | 20         | R\$ 324,54           |
| 119            | CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO                                          | 02.08.05.001-9 | 10         | R\$ 180,32           |
| 120            | CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES                                                            | 02.08.02.002-0 | 20         | R\$ 187,93           |
| 121            | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)                                           | 02.08.09.002-9 | 10         | R\$ 66,23            |
| 122            | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)                                                                  | 02.08.09.003-7 | 10         | R\$ 289,43           |
| 123            | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES) | 02.08.01.002-5 | 120        | R\$ 408,52           |
| 124            | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)  | 02.08.01.003-3 | 120        | R\$ 383,07           |
| 125            | CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)                                    | 02.08.05.003-5 | 30         | R\$ 190,99           |
| 126            | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)                                          | 02.08.07.003-6 | 20         | R\$ 128,12           |
| 127            | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)                                          | 02.08.07.004-4 | 20         | R\$ 130,50           |
| 128            | CINTILOGRAFIA ESTUDO RENAL DINÂMICO (DTPA) COM OU SEM DIURÉTICO                                    | 02.08.04.010-2 | 40         | R\$ 165,24           |
| 129            | CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA                                          | 02.08.02.009-8 | 10         | R\$ 157,23           |
| 130            | LINFOCINTILOGRAFIA                                                                                 | 02.08.08.004-0 | 10         | R\$ 141,33           |
| 131            | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO                                             | 2.08.02.003-9  | 10         | R\$ 87,89            |
| 132            | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) DMSA                                 | 2.08.04.005-6  | 40         | R\$ 133,03           |
| 133            | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO                                                        | 2.08.03.002-6  | 10         | R\$ 77,28            |

# Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e Vale do Piranga



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

|     |                                                         |               |    |            |
|-----|---------------------------------------------------------|---------------|----|------------|
| 134 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LÍQUIDO) | 2.08.02.005-5 | 10 | R\$ 135,38 |
| 135 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SÓLIDO)  | 2.08.02.006-3 | 10 | R\$ 135,38 |

Valor estimado do Credenciamento: R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

Local, ..... de ..... de 2023.

.....  
Assinatura (representante legal da empresa)





Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

**CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**

**ANEXO II**

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS**

**Empresa:** .....

**CNPJ:** .....

| NOME DO PROFISSIONAL | ESPECIALIDADE |
|----------------------|---------------|
|                      |               |
|                      |               |
|                      |               |
|                      |               |

Observação: Preencher apenas com as informações dos profissionais que realizarão os atendimentos.

Local, ..... de ..... de 2023.

.....  
Assinatura (representante legal da empresa)

# Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e Vale do Piranga



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

## CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023

### ANEXO III

#### DADOS COMPLEMENTARES

|                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Nome da Empresa:</b>                                                        |  |
| <b>CNPJ:</b>                                                                   |  |
| <b>CNES</b> - Cadastro nacional do estabelecimento de saúde                    |  |
| <b>Profissional:</b>                                                           |  |
| <b>Data nascimento:</b>                                                        |  |
| <b>Filiação</b> Pai:<br>Mãe:                                                   |  |
| <b>CNS</b> - Cadastro nacional de saúde                                        |  |
| <b>C.P.F.:</b>                                                                 |  |
| <b>Telefone:</b>                                                               |  |
| <b>WhatsApp:</b>                                                               |  |
| <b>Registro no Conselho Profissional</b><br>(CRM/CRO/CREFITO/CREFONO e outros) |  |
| <b>CBO</b> - código brasileiro de ocupações                                    |  |
| <b>Email:</b>                                                                  |  |
| <b>Local de Atendimento:</b>                                                   |  |

Observação: Preencher 01 (um) formulário para cada profissional.

..... de..... de 2023.

.....  
Assinatura (representante legal da empresa)



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

**CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**

**ANEXO IV**

**PLANILHA DE DISPONIBILIDADE DE DEMANDA PELO CREDENCIAMENTO**

Obs: Neste campo deverá ser informado a capacidade de atendimento do Credenciamento por serviço credenciamento em um **período mensal**:

| EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS- CONSULTÓRIO/CLÍNICA PRÓPRIA DO CONTRATADO |               |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| Item                                                                     | Tipo de Exame | Capacidade mensal de atendimento |
| 1                                                                        |               |                                  |
| 2                                                                        |               |                                  |
| 3                                                                        |               |                                  |
| 4                                                                        |               |                                  |
| 5                                                                        |               |                                  |

..... de..... de 2023.

.....  
Assinatura (representante legal da empresa)



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

---

**CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**

**ANEXO V**

**MODELO DE PROCURAÇÃO**

Pelo presente instrumento particular de procuração, a *(razão social da empresa)*, com sede *(inserir o endereço completo da empresa)* inscrita no CNPJ/ MF sob o nº *(inserir o nº do CNPJ da empresa)*, nomeia e constitui seu bastante procurador (a) o(a) Sr. (a) *(inserir o nome do representante)* portador (a) da cédula de identidade *(inserir nº RG)*, e CPF *(inserir nº CPF)*, a quem confere amplos poderes para representar perante ao \_\_\_\_\_, no CREDENCIAMENTO nº \_\_\_\_\_ está autorizado a requerer vistas de documentos e propostas, manifestar-se em nome da empresa, desistir e interpor recursos, rubricar documentos e assinar atas, prestar todos os esclarecimentos solicitados pela Presidente da CPL, enfim, praticar todos os demais atos pertinentes ao certame, em nome da outorgante.

....., ..... de ..... de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura (representante legal da empresa)



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

---

---

**CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA  
CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei que, em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII, Art. 7º da Constituição da República, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e menor de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Por ser verdade, firmo a presente, para que se possam tomar efeitos legais.

Local e data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal da Empresa

(carimbo de CNPJ)



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

---

**CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**

**ANEXO VII**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1 - SETOR SOLICITANTE**

Secretária Executiva do CISAP.

**2 - OBJETO**

Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames médicos especializados para atendimento no consultório próprio do contratado.

**3 - JUSTIFICATIVA**

O pedido para contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames médicos especializados parte da necessidade de garantir atendimento especializado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a nível ambulatorial, bem como encontrar prestadores que atendam a demanda dos municípios.

**4 - PRAZO DE CONTRATAÇÃO**

Os contratos terão validade até 05 (cinco) anos e poderão ser prorrogados de acordo com a Lei Federal nº 14.133/21, iniciando a vigência em 21 de outubro de 2023.

**5 - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

5.1 - Dar plena e eficaz execução ao serviço CONTRATADO, garantindo o máximo de segurança aos usuários da assistência do CONTRATANTE;

5.2 - Sujeitar-se a ampla e irrestrita fiscalização por parte da Contratante ou outro órgão competente por ele indicado, que terá em vista impor rigorosa fiscalização da execução do presente ajuste;

5.3 - Fornecer ao preposto credenciado do Contratante, mensalmente, o Mapa de Atendimento individual devidamente ratificado pela CONTRATADA, pelo Secretário de Saúde do município consorciado;

5.4 - Executar os serviços segundo as especificações e determinações técnicas aplicáveis, respondendo por sua qualidade;

5.5 - Cientificar ao CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

---

5.6 - Assumir total responsabilidade, pela perfeição e qualidade do serviço CONTRATADO, assim como responder pelos danos causados ao CONTRATANTE ou a Terceiros, decorrentes da má execução dos serviços contratados;

5.7 - Arcar com o pagamento de todas as obrigações fiscais, tributárias, previdenciárias e trabalhistas oriundas da execução dos serviços objeto do presente contrato, comprovando mensalmente ao Contratante, o respectivo pagamento.

5.8 - Arcar com a despesa decorrente de serviço de terceiro que lhe seja particularmente prestado, tais como enfermagem, recepção, limpeza, dentre outros;

5.9 - os serviços contratados deverão ser executados em instalações da Credenciada, com seus próprios recursos, equipamentos, materiais e demais meios necessários para o cumprimento do objeto do contrato pretendido.

5.10 - Capacitar os profissionais prestadores integrantes do seu quadro, instruindo-os acerca das normas e especificidades do atendimento;

5.11 - Desenvolver, fornecer, dimensionar e disponibilizar toda infraestrutura necessária à regular prestação dos serviços;

5.12 - Desenvolver diretamente os serviços contratados, não sendo permitida a subcontratação daqueles que se relacionem especificamente ao objeto do credenciamento, sob pena de rescisão do contrato, salvo prévia anuência do CISAP-VP;

5.13 - Comunicar ao CISAP-VP, por escrito e através de protocolo, mudança de local ou horário de atendimento aos pacientes, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias;

5.14 - Manter o atendimento aos pacientes com tratamento iniciado, pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias ou até encaminhamento para outro profissional, no caso de haver descredenciamento ou rescisão contratual, independentemente de quem deu causa ao rompimento;

5.15 - Responder por e-mail, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, os pedidos da CONTRATANTE para abertura de agenda de atendimentos.

5.16 - Confirmar a presença do paciente, na data do atendimento, juntamente com o código de protocolo que consta em cada Guia de Autorização, ou aplicar a falta deste, no sistema online fornecido pelo CISAP-VP. Caso não confirme a presença no dia do atendimento por impossibilidade e/ou fato superveniente, a Credenciada deverá entrar em contato, em até 02 (dois) dias úteis do atendimento, com o CISAP-VP, através do correio eletrônico [cisapagendamento@gmail.com](mailto:cisapagendamento@gmail.com), justificando a falta de confirmação, sob pena de atraso no pagamento. Caso a Credenciada não informe ao CISAP-VP o





Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

---

ocorrido, a consulta não entrará no faturamento, não podendo assim, o CISAP-VP realizar o pagamento do mesmo;

5.17 – Comunicar, em caso de impossibilidade de realização da consulta previamente agendada e, desde que devidamente justificada, ao CISAP-VP para que seja alterada a data do atendimento no sistema, bem como comunicar ao paciente ou a Secretaria Municipal de Saúde do Município responsável por e-mail e telefone disponível na marcação;

## **6 - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

6.1 - Fornecer à CONTRATADA, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;

6.2 - fiscalizar a execução dos serviços contratados;

6.3 - impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;

6.4 - efetuar nas datas aprazadas os pagamentos pelos serviços.

## **7 - PAGAMENTO**

7.1 - Os pagamentos serão realizados pela Tesouraria deste Consórcio, na conta do credenciado, em até 20 (vinte) dias úteis, contados do 1º (primeiro) dia útil subsequente ao da emissão da Nota Fiscal/Faturas, encaminhados juntamente com as respectivas certidões: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;

7.2 - Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE.

## **8 - PREÇOS PRATICADOS**

8.1 - Os valores unitários dos exames especializados se baseiam na Tabela do CISAP-VP, aprovado em Assembleia Geral.

8.2 - O valor estimado anual para a contratação é de R\$ 5.626.837,84 (cinco milhões duzentos e vinte e seis mil e oitocentos e trinta e sete reais e oitenta e quatro centavos), conforme planejamento em anexo.

## **9 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

9.1 - Os serviços especificados nos anexos deverão ser executados pelo credenciado no consultório próprio do contratado. A eventual mudança de endereço do prestador de serviços, ou outras alterações a qualquer título, deverão ser imediatamente



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

---

comunicadas ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços contratados, podendo para isso rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

9.2 - O CREDENCIADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CISAP-VP, através das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios dele consorciados, oferecendo-lhes os serviços dentro das especialidades, conforme anexo(s) constantes do edital.

9.3 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Autorização do CISAP-VP, devidamente assinada e carimbada pelo Município responsável, devendo esta ser retida pelo prestador de serviço e devidamente assinada pelo paciente ou responsável legal, atestando a realização da consulta.

#### **10 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes da contratação correrão por conta da dotação orçamentária abaixo:

Dotação: 3.3.90.39.36.00.00.00

Conselheiro Lafaiete, 07 de agosto de 2023.

---

**Secretária Executiva**



Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

**CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 002/2023**

**ANEXO VIII**

**MINUTA DE CONTRATO**

CONTRATO QUE FAZEM ENTRE SI o **Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba e Vale do Piranga – CISAP-VP**, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, com sede na Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Apto 01, bairro Campo Alegre, inscrito no CNPJ sob o nº 02.401.2018/0001-83, neste ato representado pelo Presidente Sr. Luiz Otávio Gonçalves, CPF nº 792.063.446-68 e Carteira de Identidade MG-6.633.708 SSP/MG, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE** e a empresa ....., inscrita no CNPJ sob o nº. ...., situado à Rua: .....: B:.....na cidade de ...../MG - CEP: .....-....., doravante denominado simplesmente **CONTRATADO(A)**, neste ato representado por ....., portador do CPF nº. ...., têm entre si certo e ajustado a contratação de prestação do(s) serviço(s), cujo(s) objeto(s) encontra(m)-se mencionado(s) na Cláusula Primeira, tudo nos termos da **Inexigibilidade de Licitação nº. \_\_\_\_\_ - Credenciamento nº. \_\_\_\_\_, Processo Licitatório nº. \_\_\_\_\_**, regendo-se pelo disposto na Lei nº14.133/2021 e pelas cláusulas e condições adiante enunciadas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO**

Constitui objeto do presente instrumento a **(Objeto do credenciamento)**, conforme anexo do Processo Licitatório acima citado.

**CLÁUSULA SEGUNDA: BASE LEGAL**

O presente Contrato tem origem no **Processo Licitatório nº. \_\_\_\_\_ - Credenciamento nº. \_\_\_\_\_ - Inexigibilidade de Licitação nº. \_\_\_\_\_**, fundamentada no art. 79, da Lei nº 14.133/2021.

**CLÁUSULA TERCEIRA: DO PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO**

**3.1** - O CONTRATANTE pagará a CONTRATADA por demanda de serviço prestado, a ser apurado mensalmente através de relatório analítico, e, observando o valor unitário de cada procedimento em que a CONTRATADA se credenciou.

**3.2** - Os pagamentos serão realizados pelo CONTRATANTE, na conta do CONTRATADO cujos dados serão fornecidos posteriormente, será em até 20 (vinte) dias úteis, contados do 1º (primeiro) dia útil subsequente ao da emissão da Nota Fiscal/Faturas, **desde que:**

a) O CONTRATADO encaminhe ao CONTRATANTE a Nota Fiscal referente aos serviços/atendimentos executados e as respectivas certidões: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENT0 - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

- b) A relação de atendimento e guias correspondentes que deverão ser atestados pela Diretora de Departamento do CISAP-VP a regularidade da prestação.
- c) Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE.

**3.3 -** É vedado à CONTRATADA cobrar diretamente do usuário qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados, concernentes aos procedimentos autorizados pelo CISAP-VP;

**3.4 -** Estarão incluídas no preço todas as despesas diretas e indiretas, tais como encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais e quaisquer outras necessárias a plena execução deste contrato.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS ESPECIFICAÇÕES**

As especificações dos serviços a serem credenciados são prestação de serviços em saúde, concernentes na realização de serviços médicos, conforme elencados nos Anexos para atender às demandas dos pacientes/usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, vinculados aos Municípios/Associados ao CISAP-VP.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA**

Os contratos terão validade até \_\_\_\_\_, não gerando direito adquirido ao Credenciamento à distribuição de procedimento/exames/consultas mínimas, sendo esta distribuição realizada conforme a demanda dos Municípios Consorciados e de acordo com o estipulado neste Edital.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

**6.1 -** O CONTRATADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CONTRATANTE, oferecendo-lhes atendimentos de contratação de pessoas jurídicas prestadores de serviços médicos especializados para atendimento da população dos municípios consorciados, conforme anexo constante do edital e do presente contrato;

**6.2 -** Os serviços especificados nos anexos deverão ser executados pelo credenciado em consultório próprio do contratado.

**6.3 -** Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CONTRATANTE, expedida individualmente pelos Secretários Municipais de Saúde do Município Consorciado, juntamente com o pedido médico.

**6.4 -** O CONTRATADO reconhece por este instrumento que é responsável pelos danos ou prejuízos que, eventualmente, venham a sofrer o CONTRATANTE, coisa, propriedade ou terceiros, em decorrência de sua culpa ou dolo na execução do contrato, sejam eles causados por si, seus prepostos ou funcionários, bem como por pessoas por esta autorizada a permanecer no local do fornecimento; não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização ou acompanhamento exercidos pelo CONTRATANTE.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE**

Constituem obrigações e responsabilidades do CONTRATANTE:



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

- a) Fornecer à CONTRATADA, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;
- b) Fiscalizar a execução dos serviços contratados;
- c) Impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;
- d) Efetuar nas datas aprezadas os pagamentos pelos serviços prestados.

#### **CLÁUSULA OITAVA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

Constituem obrigações e responsabilidades da CONTRATADA:

- a) Prestar os serviços dentro das exigências mínimas impostas pela ANVISA e segundo as especificações e determinações técnicas aplicáveis, respondendo por sua qualidade;
- b) Não transferir ou ceder a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente Contrato, exceto, quando previamente autorizado pela CONTRATANTE;
- c) Assumir, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes da prestação dos serviços necessários à boa e perfeita execução do objeto deste Contrato;
- d) Submeter-se às regras de funcionamento da CONTRATANTE;
- e) Respeitar, rigorosamente, na execução deste contrato, a legislação trabalhista, fiscal e previdenciária, bem como as normas de higiene e segurança, por cujos encargos responderá unilateralmente;
- f) Cumprir rigorosamente os horários e dias aprezados para a prestação, devendo prestar todos os atendimentos agendados;
- g) Tratar com profissionalismo, urbanidade e respeito irrestrito os pacientes, bem como os demais profissionais do CONTRATANTE;
- h) Comunicar à direção da CONTRATANTE, com 20 (vinte) dias de antecedência, qualquer alteração que houver, para o atendimento do mês seguinte;
- i) Realizar somente os serviços autorizados pelo CISAP-VP, através de guias de autorização, assinadas pelo Secretário Municipal de Saúde ou responsável e anexo o encaminhamento e/ou pedido médico;
- j) Manter, durante todo o prazo de execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições que ensejaram sua habilitação na licitação que deu origem ao presente instrumento;
- k) Prestar todos os esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, cujas reclamações se obriga a atender pronta e irrestritamente;
- l) Fornecer ao preposto credenciado do CONTRATANTE, mensalmente, o relatório especificando nome dos pacientes atendidos, procedimento realizado e valor;
- m) Cientificar ao CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;
- n) Arcar com o pagamento de todas as obrigações fiscais, tributárias, previdenciárias, sociais e trabalhistas oriundas da execução dos serviços objeto do presente contrato, comprovando mensalmente ao CONTRATANTE, o respectivo pagamento.
- o) Manter o atendimento aos pacientes com tratamento iniciado, pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias ou até encaminhamento para outro profissional, no caso de haver descredenciamento ou rescisão contratual, independentemente de quem deu causa ao rompimento;



Fundado em 27/08/1997

CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230

Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110

e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)

Tel: (31) 3763-5796

**8.1** - Responder por e-mail, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, os pedidos da CONTRATANTE para abertura de agenda de atendimentos.

**8.2** - As obrigações acima dispostas, não afastam as obrigações previstas no edital e seus anexos.

#### **CLÁUSULA NONA - DOS ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS**

Todos os encargos sociais e trabalhistas, resultantes do presente contrato, serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA. Assim, a CONTRATADA reconhece, desde já, que os débitos trabalhistas e sociais advindos do presente instrumento serão arcados, única e exclusivamente, pela mesma.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DOS TRIBUTOS**

O valor deste Contrato engloba todo e qualquer tributo, sendo que a retenção e pagamento de quaisquer impostos e/ou taxas ficarão a cargo e sob responsabilidade do CONTRATANTE, sempre que as disposições legais pertinentes assim o exigirem.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes do presente Contrato correrão, por conta da **Dotação Orçamentária nº 3.3.90.39.36.00.00.00** - Manutenção Atividade Ambulatorial. **Elemento da Despesa 3.3.90.39** - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica. **Fonte de Recursos 1500. Ficha 2**, do exercício de 2023 e para o ano seguinte deverá ser consignada dotação de mesma natureza e categoria econômica orçamentária.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA FISCALIZAÇÃO**

O CONTRATANTE exercerá ampla fiscalização ante a prestação dos serviços objeto deste Contrato, por si, ou por terceiros indicados.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO REAJUSTE**

Os valores decorrentes deste edital serão fixos e irredutíveis, salvo na hipótese da Tabela de Preços do Consórcio sofrer reajuste, conforme deliberação do CISAP-VP.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PENALIDADES**

**15.1** - Pela inexecução total ou parcial do Contrato, o CONTRATANTE, a seu critério, garantida a prévia defesa, aplicará à CONTRATADA as seguintes sanções, respeitando-se também o disposto na Lei Federal nº 14.133/21;

- a) Advertência;
- b) Multa de 0,5 % (meio por cento) por dia de atraso, limitada a 05 (cinco) dias, após o qual será considerado inexecução contratual;
- c) Multa de 10% (dez por cento) no caso de inexecução parcial do contrato, cumulada com a pena de suspensão do direito de licitar e o impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de 01 (um ano);
- d) Multa de 20 % (vinte por cento) no caso de inexecução total do contrato, cumulada com a pena de suspensão do direito de licitar e o impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de 02 (dois anos).

**15.2** - As multas serão calculadas sobre o montante não adimplido do contrato;





Fundado em 27/08/1997  
CNPJ. Nº 02.401.218/0001-83 - INSC. EST. ISENTA - INSC. MUN. Nº 024.230  
Avenida Professor Manoel Martins, nº 521, Aptº 01, Campo Alegre  
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS – CEP 36.400-110  
e-mail: [secretariaexecutivacisap@gmail.com](mailto:secretariaexecutivacisap@gmail.com)  
Tel: (31) 3763-5796

**15.3** - A aplicação das sanções pecuniárias estabelecidas nos itens anteriores não afasta a responsabilidade da CONTRATADA por eventuais prejuízos causados à CONTRATANTE ou a terceiros e nem aos ditames penais previstos na Lei 14.133/21, em decorrência da imperfeita execução do serviço contratado.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RESCISÃO**

O presente contrato poderá ser rescindido em qualquer tempo, seja amigavelmente, judicialmente ou através de ato unilateral e escrito do CONTRATANTE, nos termos do art. 104 e seguintes da Lei Federal nº. 14.133/21, assegurado o contraditório e ampla defesa.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DOS PRIVILÉGIOS DO CONTRATANTE**

A CONTRATADA reconhece que o CONTRATANTE é agente de interesse público, motivo pelo qual admite que quaisquer dúvidas na interpretação deste Contrato sejam dirimidas em favor dele.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO**

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de Conselheiro Lafaiete/MG, para a composição de qualquer lide resultante deste Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que possa ser.

**CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**19.1** - Integram o presente contrato, para todos os fins de direito, o Edital de Licitação que lhe deu origem e respectivos anexos, especificados no preâmbulo deste, cujas cláusulas e condições são interdependentes e complementares entre si.

**19.2** - Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de conformidade com a Lei Federal nº 14.133/21.

E, por estarem assim, acordados e contratados, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas signatárias.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

.....  
**CONTRATANTE**

.....  
**CONTRATADA**

.....  
**Assessor Jurídico - OAB-MG**

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF nº. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF nº. \_\_\_\_\_