**CAPSEM – CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PRESTAÇÃO À SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS**

# PROCESSO LICITATÓRIO N.° 015/2025
# EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

O Centro de Assistência e Prestação à Saúde dos Servidores Municipais- CAPSEM torna pública a Abertura de Edital de Credenciamento para contratação de pessoas físicas e pessoas jurídicas interessadas na prestação de serviços odontológicos aos beneficiários do CAPSEM.

A documentação será recebida para análise a partir de 21 de novembro de 2025 no horário das 8h às 11h30min de segunda a sexta feira na sede do CAPSEM, sito na Avenida Mauá, n.º 221, em Carazinho/RS.

## 1. DO OBJETO

1.1 O presente Edital tem por finalidade o credenciamento de pessoas físicas e jurídicas interessadas na prestação de serviços odontológicos de atenção básica bucal que inclui aplicação de flúor, restauração simples e extração, conforme orçamento determinado pelo CAPSEM e condições constantes dos anexos integrantes deste edital.

| 1.1.1. ATENDIMENTO BÁSICO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **ESPECIALI-DADE** | **PROCEDIMENTO** | **QUANTIDA-DE ANUAL** | **VALOR UNITÁ-RIO** | **VALOR TOTAL ANUAL** |
| 1 | ODONTO-LOGIA | CONSULTA DE AVALIA-ÇÃO/ENCAMINHAMENTO | 50 | R$ 57,00 | R$ 2.850,00 |
| 2 | ODONTO-LOGIA | ATENDIMENTO BÁSICO (APLICAÇÃO DE FLÚOR, RESTAURAÇÃO SIM-PLES E EXTRAÇÃO) | 1800 | R$ 90,00 | R$ 162.000,00 |

1.2.1 - Os limites quantitativos e orçamentários são relativos aos serviços prestados por **todos os credenciados**, não havendo garantia de execuções individuais mínimas.

1.2.2 - O atendimento básico é restrito aos procedimentos descritos no item 1.1, os demais serviços deverão ser encaminhados **quando necessários** aos profissionais credenciados do CAPSEM, segundo a escolha do segurado, conforme cada especialidade.

1.2.3 - O atendimento deverá ser prestado no consultório do credenciado conforme demanda a todos os segurados mediante apresentação da guia de autorização prévia expedida pelo CAPSEM sendo este responsável pelo diagnóstico e prognóstico indicado aos segurados.

1.2.4 - Os valores descritos na tabela 1.1 incluem os serviços e materiais utilizados. O CAPSEM não remunerará qualquer tipo de material adicional.

**2. DA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO**

2.1. Para se habilitar ao credenciamento, o profissional ou a entidade interessada deverá preencher a **SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO** (conforme modelo – Anexo I) acompanhada dos documentos necessários, atendendo às seguintes exigências:

2.1.1. Ser preenchida em papel timbrado, ou que a identifique, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ambiguidade;

2.1.2. Declarar total concordância com as condições estabelecidas neste edital, inclusive com os valores e instruções constantes das Listas Referenciais de Procedimentos Odontológicos praticados pelo CAPSEM;

2.1.3. Ser datada e assinada pelo representante legal;

2.1.4. O requerimento apresentado de forma incompleta, rasurado ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerado inapto, podendo o interessado apresentar novo requerimento livre das causas que ensejaram sua inépcia;

2.1.5. A apresentação de proposta sujeita o proponente integralmente às condições deste credenciamento.

**3. DA HABILITAÇÃO (Abrangência: pessoas jurídica e física, no que couber).**

**3.1- Pessoa Física:**

- Cópia da Cédula de Identidade;
- Cópia do CPF;
- Cópia da comprovação de inscrição no respectivo Conselho Regional Profissional;
- Cópia da comprovação de regularidade financeira com o respectivo Órgão Profissional;
- Certidão Negativa de Tributos Federais, Estaduais e Municipais, sendo a última do domicílio ou sede do licitante;
- Certidão negativa de inidôneo;
- Cópia do Título de Especialista na área que pretende atuar no convênio;
- Alvará de Localização e
- Alvará Sanitário.

**3.2 - Pessoa Jurídica:**

- Cópia do Contrato Social/Estatuto/Alteração;
- Cópia do CNPJ;
- Comprovação de inscrição no respectivo Conselho Regional Profissional;
- Cópia da comprovação de regularidade financeira com o respectivo Órgão Profissional;
- Certidão Negativa de Tributos Federais, Estaduais e Municipais;
- Certidão negativa de inidôneo;
- Comprovação da regularidade relativa ao FGTS;
- Cópia do Título de Especialista de todos os profissionais que compõe o corpo clínico, na área que pretende atuar no convenia;
- Cópia da Cédula de Identidade do Representante Legal;
- Cópia do CPF (Representante Legal);
- Comprovação de inscrição no respectivo Conselho Regional Profissional (Representante Legal);
- Alvará de Localização e
- Alvará Sanitário.

**3.3 - DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Inscrição no CPF;
- Cópia do Registro no respectivo Conselho Regional.

Os documentos deverão ser apresentados em original, em cópia autenticada por Cartório ou cópia simples acompanhada do respectivo original para conferência e autenticação por servidor do CAPSEM.

**4. DA HOMOLOGAÇÃO**

4.1. As propostas objeto deste Edital serão analisadas pela Comissão de Licitação e direção do CAPSEM.

**5. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DO DESCREDENCIAMENTO**

5.1. As condições de execução dos serviços e do descredenciamento constarão no termo a ser assinado pelas partes, conforme modelo (Anexo II).

**6. DO PREÇO E DO PAGAMENTO**

6.1. Os serviços contratados serão remunerados conforme valoração:

6.1.1- Atendimento básico (aplicação de flúor, restauração simples e extração) R$90,00 e consulta de avaliação/encaminhamento: R$ 57,00, de acordo com Portaria n.° 06/2025 (anexo IV).

6.2. É **vedado** ao credenciado cobrar diretamente dos Servidores do CAPSEM, **qualquer importância** a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos constantes nas tabelas e propostas do convênio.

6.3. O pagamento será efetuado por meio de ordem bancária/crédito em conta corrente ou diretamente na Tesouraria da autarquia, até o décimo dia do mês subsequente para as faturas entregues até o dia **15** do mês de faturamento, condicionado à apresentação da relação de atendimento e as primeiras vias das guias correspondentes, devidamente autorizadas e assinadas. Caso a entrega ultrapassar o último dia útil do mês de faturamento não serão aceitas, podendo ser reapresentadas no próximo faturamento.

6.4. Os valores vigentes na data do atendimento serão os considerados para a quitação das faturas.

6.5. O prazo máximo para apresentação de guias de atendimento para faturamento é de 120(cento e vinte) dias, contados da data do atendimento ao beneficiário ou do dia de alta do paciente, no caso de internação.

6.6. Após análise dos documentos de cobrança apresentados para pagamento, o CAPSEM poderá realizar glosas motivadas dos valores cobrados, deduzindo o valor dessas da própria fatura. O CAPSEM não se responsabilizará por serviços prestados **sem autorização prévia.**

6.7. O CAPSEM poderá propor a ampliação ou limitação dos serviços de assistência odontológica prestados pela **CREDENCIADA**, de acordo com a disponibilidade financeira e orçamentária e se comprovada irregularidade na prestação dos serviços por parte do credenciado.

6.8. As partes poderão credenciar procedimentos na modalidade de “pacote”, desde que os preços e condições acordados gerem, comprovadamente, em relação às tabelas referenciais utilizadas, economia financeira e administrativa ao Credenciante.

## 7. DO REAJUSTE

7.1. Os preços dos serviços serão reajustados através de Portaria que será expedida pela Direção do CAPSEM.

## 8. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. A aceitação das condições constantes deste Edital e do Regulamento do CAPSEM será formalizada com a assinatura do respectivo Termo de Credenciamento.

8.2. Os habilitados assinarão o Termo de Credenciamento, vinculado a este Edital e obediente ao disposto no art. 79 da Lei 14.133/2021, no prazo de até 3 (três) dias úteis, contados da notificação.

8.3. O Termo de Credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada pela Administração, na forma do art. 79 da Lei 14.133/2021, limitada a 120 (cento e vinte) meses, a contar da data deste Edital.

8.4. Os envelopes serão recebidos em **período aberto**, até completar a **necessidade**, sendo o credenciamento realizado em obediência à ordem de apresentação, conforme disposições deste Edital.

8.5. Obedecidas às condições previstas no termo, o credenciado poderá, a qualquer tempo, pedir o desligamento, mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias.

8.6. O CAPSEM poderá, obedecidas às condições previstas no termo de credenciamento e no seu interesse, descredenciar as instituições ou profissionais a qualquer momento, mediante solicitação de descredenciamento (ANEXO V) em casos de comprovada má prestação dos serviços e pela cobrança de valores adicionais ao segurado, pelo que se reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder a descredenciamento na forma da Lei, quando houver descumprimento de qualquer item que rege este Edital.

8.7. A qualquer tempo, poderá o CAPSEM diretamente ou por empresa contratada para esse fim, realizar inspeção das instalações das entidades credenciadas para verificação das condições de atendimento, higiene, equipamentos e capacidade técnico operativa e execução dos serviços.

8.8. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Administrativo da Autarquia, com base nas disposições constantes da art. 79 da Lei 14.133/2021, suas alterações e Estatuto do CAPSEM, integrando também o presente instrumento, independentemente de transcrição, as disposições contidas em lei, naquilo que lhe seja aplicável.

8.9- Constituem partes integrantes deste Edital:

ANEXO I - SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO;

ANEXO II -TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS;

ANEXO III - DECLARAÇÃO UNIFICADA ;

ANEXO IV - PORTARIA DE REMUNERAÇÃO;

ANEXO V- SOLICITAÇÃO DE DESCREDENCIAMENTO

Maiores informações serão prestadas aos interessados no horário das 8h às 11h30 e das 13h30 às 17h na sede do CAPSEM, situada na Av. Mauá, n.º 221, em Carazinho/RS, Fone/Whatsapp (54) 3330-1788 ou pelo e-mail: atendimento@capsem.com.br.

Carazinho/RS, 18 de novembro de 2025.

gov.br Documento assinado digitalmente
VANESSA OLIVEIRA BEHNEN
Data: 18/11/2025 10:47:49-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

**VANESSA OLIVEIRA BEHNEN**
**Diretora Executiva do CAPSEM**

Este edital se encontra examinado e aprovado pela Assessoria Jurídica da Autarquia.

LARISSA BARBOZA DOS SANTOS:03703788062

Assinado digitalmente por LARISSA BARBOZA DOS SANTOS:03703788062
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=AC SERASA RFB, OU=74072133000100, OU=PRESENCIAL, CN=LARISSA BARBOZA DOS SANTOS:03703788062
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025.11.18 10:49:36-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2025.1.0

Consultor Jurídico

**CAPSEM – CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PRESTAÇÃO À SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS**

## ANEXO I
## SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 002/2025 – SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

DADOS DO CREDENCIADO:

**Nome:**
**Qualificação:**
**Endereço:**
**CNPJ/CIC:**
**Número de Inscrição Conselho respectivo:**
**Especialidade:**

Pela presente, na melhor forma de direito, venho nos termos do Credenciamento n.º 002/2025 solicitar meu Credenciamento para fins de atender a prestação de serviços odontológicos.

Declaro, ainda, que estou de acordo com todas as exigências e as normas legais previstas no Edital Credenciamento n.º 002/2025 com as quais concordo plenamente.

E por ser verdade, firmo a presente solicitação e dou fé.

Carazinho/RS,_____de _____de 2025.

_____

Solicitante:

## ANEXO II

## CREDENCIAMENTO N.º 002/2025
## PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 15/2025

**Termo de Credenciamento para a Prestação de Serviços Odontológicos.**

O **CAPSEM-Centro de Assistência e Prestação à Saúde dos Servidores Municipais**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Av. Mauá, n.º 221, inscrito no CNPJ sob o nº 87.620.415/0001-46, neste ato representado por sua representante legal **VANESSA OLIVEIRA BEHNEN**, brasileira, funcionária pública, inscrita no CPF/MF sob o n.º 007.102.310-08 e portadora do RG n.º 2078925472, residente e domiciliada em Carazinho/RS, Diretora Executiva, doravante denominado **CREDENCIANTE**, e de outro lado, o Sr(a)_____brasileiro, residente e domiciliado em Carazinho/RS, portador do CNPJ/MF-CPF sob o número _____e no Conselho Regional de Odontologia sob o nº _____ doravante denominado **CREDENCIADO(A),** têm justo e acertado o presente Termo de Credenciamento, objeto do Edital de Credenciamento nº 002/2025 e de conformidade com a Lei n.º 14.133/21, e suas alterações e mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO E VALOR**

O presente termo tem por objeto a prestação dos serviços de consulta e atendimento básico odontológico aos segurados do CAPSEM com Coeficiente de honorários previamente definidos pela ***Portaria n.º 06/2025***.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO**

O prazo de vigência contrato de credenciamento será de 12 (doze) meses, iniciando em _____e seu término em _____podendo ser prorrogado, por interesse do **CREDENCIANTE** e anuência da **CREDENCIADA** até o limite de cento e vinte meses.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA E DO PRAZO DO PAGAMENTO**

Os serviços acordados por este Termo serão pagos, de acordo com o número de atendimentos prestados aos segurados, tendo com referência os valores descritos na Cláusula Primeira e, para o pagamento, a **CREDENCIADA** deverá apresentar documento legal compatível, condicionado à apresentação da relação de atendimento e as primeiras vias das guias correspondentes,

**devidamente autorizadas e assinadas** conforme regramento da Autarquia. O pagamento será efetuado por meio de ordem bancária/crédito em conta corrente ou diretamente na Tesouraria da Autarquia, até o décimo dia do mês subsequente para as faturas entregues até o dia 15 do mês de faturamento. Caso a entrega ultrapassar o último dia útil do mês de faturamento não serão aceitas, podendo ser reapresentadas no próximo faturamento.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO**

I – O credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços, sem vinculo empregatício, de forma por tarefa e por consulta;

II – A **CREDENCIADA** deverá manter durante a vigência deste Termo as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III – É de responsabilidade exclusiva e integral da **CREDENCIADA** a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais;

IV – É vedado:

a) O trabalho da **CREDENCIADA** em dependências ou setores próprios municipais;

b) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo;

**CLÁUSULA QUINTA – DO REAJUSTE**

Os preços dos serviços serão reajustados quando houver reajustes dos índices conforme as Portarias que regem e determinam os Coeficientes de Honorários.

**CLÁUSULA SEXTA– DA RESCISÃO**

A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes hipóteses:

a) pela ocorrência de seu termo final;

b) por solicitação da **CREDENCIADA**;

c) por acordo entre as partes;

d) unilateral, pela **CREDENCIANTE,** após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou Termo de Credenciamento.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

**Pessoa Física:**

40. CAPSEM
01. ADMINISTRAÇÃO GERAL
28. OUTROS ENCARGOS ESPECIAIS
846. PREVIDENCIA E SAUDE DO SERVIDOR
4002-MANUTENÇÃO DE ASSISTENCIA A SEGURADOS
3.3.3.9.0.36.00.00.00- OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS
3.3.3.9.0.36.30.01.00- SERVIÇOS MEDICOS E ODONTOLOGICO.

**Pessoa Jurídica:**
40.CAPSEM
01. ADMINISTRAÇÃO GERAL
28.OUTROS ENCARGOS ESPECIAIS
846. PREVDENCIA E SAUDE DO SERVIDOR
4002-MANUTENÇÃO DE ASSISTENCIA A SEGURADOS
3.3.3.9.0.39.00.00.00.00- OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS
3.3.3.9.0.39.50.00.00.00- Serviços Medico-Hospitalar, Odontológicos e Laboratoriais – Pessoa Jurídica.

**CLÁUSULA OITAVA – DO FORO**

Fica eleito o foro da Comarca sede do Município de Carazinho/RS, para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em duas vias de igual teor e forma.

Carazinho/RS, ___de_____de 2025.

_____
Centro de Assistência e Prestação à Saúde dos Servidores Municipais
Vanessa Oliveira Behnen.
Diretora Executiva

_____
Empresa ou Profissional Credenciado

Testemunhas;

1-

2-

**CAPSEM – CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PRESTAÇÃO À SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS**

**ANEXO III**
**DECLARAÇÃO UNIFICADA**

Ao Centro de Assistência e Prestação à Saúde dos Servidores Municipais.

Pelo presente instrumento, o interessado _____, inscrito no CNPJ/CPF sob o n.º _____, com endereço localizado na _____, por intermédio de seu representante legal, **DECLARA** para os devidos fins que em conformidade com a Lei n.º 14.133/2021, em especial o art. 299 do Código Penal Brasileiro, que:

I - Que até a presente data **inexistem fatos supervenientes impeditivos para habilitação** no presente processo, inclusive **não fomos declarados inidôneos** por nenhum órgão público de qualquer esfera do governo, estando aptos a contratar com o poder público, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

II - Que cumpre plenamente os requisitos de habilitação, que **a proposta apresentada neste processo** compreende todas as despesas necessárias à entrega/ do objeto, inclusive a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, tendo **pleno conhecimento e aceitação das regras** e das condições gerais da contratação, constantes do procedimento.

III - Que cumpre ao disposto nos incisos XXXIII do art. 7º da Constituição Federal e inciso VI do art. 68 da Lei Federal nº 14.133/21, de que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso e insalubre e não emprega menor de 16 anos, ressalvado, quando for o caso, o menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do modelo anexo ao Decreto Federal nº 4.358, de 05 de setembro de 2002, que regulamenta a Lei nº 9.584, de 27 de outubro de 2002;

IV - Que não possuímos em nosso quadro societário e de empregados, servidores ou agentes políticos ou que sejam cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, e por afinidade, até o segundo grau, de agente político do órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação.

V - Que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3° da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49.(se for o caso)

VI - Declaramos, para os devidos fins que cumprimos as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, de que trata o art. 93 da Lei nº 8.213/91.

Carazinho/RS, __ de _____ de 2025.

_____

Razão Social da Empresa -

Nome do responsável

**CAPSEM – CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PRESTAÇÃO À SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS**

**ANEXO IV**

**PORTARIA N.º 06/2025**

**FIXA VALORES PARA AS CHS DA TABELA DE SERVIÇOS DO CAPSEM E REVOGA A PORTARIA N.º 04/2024**

Vanessa Oliveira Behnen, Diretora Executiva do CAPSEM – Centro de Assistência e Prestação à Saúde dos Servidores Municipais, no uso de suas atribuições legais, fixa novos valores para os CHs dos serviços do CAPSEM.

**PROCEDIMENTOS (VALOR UNITÁRIO DO CH):**

| | |
|---|---|
| **Exames Laboratoriais** | 0,38 |
| **Outros Exames** | 0,50 |
| **Serviços Hospitalares e Clínicas** | 0,71 |
| **Procedimentos Médicos (pessoa física e jurídica)** | 0,71 |

**VALORES DAS CONSULTAS:**

| | |
|---|---|
| **Consultas Médicas** | R$ 90,00 |
| **Consulta de Avaliação Odontológica** | R$ 57,00 |
| **Consulta de Atendimento Básico Odontológico** | R$ 90,00 |
| **Consulta e Sessão de Psicologia** | R$ 66,00 |
| **Consulta e Sessão de Nutricionista** | R$ 66,00 |
| **Consulta e Sessão de Fonoaudiologia** | R$ 66,00 |
| **Consulta e Sessão de Fisioterapia** | R$ 18,00 |

**VALORES DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS:**

| Código | Procedimento | Valor |
|---|---|---|
| **72000025** | APICETOMIA DE CANINOS OU INCISIVOS | R$735,44 |
| **72000028** | APICETOMIA DE CANINOS OU INCISIVOS C/ OBTURAÇÃO | R$735,44 |
| **72000029** | APICETOMIA DE MOLARES | R$735,44 |
| **72000026** | APICETOMIA DE MOLARES C/ OBTURAÇÃO | R$735,44 |
| **72000027** | APICETOMIA DE PRÉ-MOLARES | R$735,44 |

| | | |
|---|---|---|
| **72000031** | APICETOMIA DE PRÉ-MOLARES C/ OBSTRUÇÃO | R$165,00 |
| **72000022** | REPARO PARA NUCLEOINTRARRADICULAR | R$73,44 |
| **72000030** | REMOÇÃO DE CORPOR ESTRANHO INTRACANAL | R$110,19 |
| **72000032** | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS | R$275,83 |
| **72000021** | REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR (P/ELEM.) | R$128,24 |
| **72000017** | RETRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVO/CANINO | R$330,67 |
| **72000019** | RETRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLAR | R$735,44 |
| **72000018** | RETRATAMENTO ENDODONTICO DE PRÉ-MOLAR | R$422,82 |
| **72000023** | TRAT. DENTES C/ RIZOGENESE INCOMPLETA (POR SESSÃO) | R$73,44 |
| **72000020** | TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO | R$183,68 |
| **72000014** | TRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVO/CANINO | R$239,13 |
| **72000016** | TRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLAR | R$515,00 |
| **72000015** | TRATAMENTO ENDODONTICO DE PRÉ-MOLAR | R$322,18 |
| **72000013** | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DECÍDUOS | R$183,68 |

Estes valores foram reajustados em 4,77%, tendo como índice de correção o INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, de 01/01/2024 a 31/12/2024.

**VALORES DE COPARTICIPAÇÃO DO SEGURADO:**

| | |
|---|---|
| **Consultas Médicas** | R$ 46,00 |
| **Consulta de Avaliação Odontológica** | R$ 46,00 |
| **Consulta de Atendimento Básico Odontológico** | R$ 46,00 |
| **Consulta e Sessão de Psicologia** | R$ 46,00 |
| **Consulta e Sessão de Nutricionista** | R$ 46,00 |
| **Consulta e Sessão de Fonoaudiologia** | R$ 46,00 |
| **Consulta e Sessão de Fisioterapia** | R$ 8,50 |

Os valores de copartipação foram reajustados em 6,27%, ou seja, no mesmo percentual da data base dos servidores públicos, conforme determina o art. 21, parágrafo único, da Lei Municipal 7.095/2009.

Esta portaria revoga as anteriores e entra em vigor a partir de 13 de fevereiro de 2025.

Carazinho/RS, 10 de fevereiro de 2025.

**Vanessa Oliveira Behnen**
Diretora Executiva do Capsem

**CAPSEM – CENTRO DE ASSISTÊNCIA E PRESTAÇÃO À SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS**

## ANEXO V
## SOLICITAÇÃO DE DESCREDENCIAMENTO

À
Diretoria Executiva do Centro de Assistência e Prestação à Saúde dos Servidores Municipais – CAPSEM
Avenida Mauá, n.º 221, Centro, Carazinho/RS, CEP: 99500-000

**Assunto:** Pedido de Descredenciamento

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e no CRO sob o n.º _____, ***atualmente credenciado(a) junto ao CAPSEM para a prestação de serviços médicos, venho, por meio deste, requerer meu descredenciamento do referido credenciamento, com efeitos a partir do dia_____.***

O pedido decorre de_____, razão pela qual deixarei de prestar os serviços constantes no Termo de Credenciamento anteriormente firmado.

Declaro, ainda, que me comprometo a concluir os atendimentos já agendados até a data acima informada, bem como a apresentar os relatórios e documentos pendentes, se houver, observando as disposições contratuais e administrativas vigentes.

Solicito, por fim, que sejam adotadas as providências administrativas cabíveis para o encerramento do vínculo, com a devida formalização do descredenciamento.

Termos em que pede deferimento.

Carazinho/RS, ____ de _____ de _____.

_____
**Assinatura e Nome Completo**