

EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 01/2022

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense – CIS AMAUC, com sede à Rua Marechal Deodoro, 772, 12º andar, Edifício Mirage Offices, na cidade de Concórdia, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, atendendo o disposto no art. 7º, parágrafo único, letra “e”, do Estatuto Social, e consoante com as disposições da Lei nº 8.666/93, TORNA PÚBLICO, que estão abertas inscrições para credenciamento de prestadores de serviços especializados na área da saúde sediados na região do CIS AMAUC, de acordo com os critérios e normas estabelecidos neste edital.

1. DO OBJETO

Art. 1º O presente Edital destina-se a receber as inscrições para credenciamento de prestadores de serviços especializados na área da saúde, sediados na região do CIS AMAUC, para fins de atendimento em nível ambulatorial de: CONSULTA ESPECIALIZADA DE PROFISSIONAL MÉDICO E CONSULTA E SESSÃO DE ACOMPANHAMENTO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EXCETO MÉDICO, EM LOCAL PRÓPRIO DISPONIBILIZADO PELO MUNICÍPIO REQUISITANTE, com capacidade técnica nos municípios de Alto Bela Vista, Arabutã, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Jaborá, Lindóia do Sul, Paial, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara e Xavantina.

2. DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 2º São beneficiários do presente sistema, os usuários comprovadamente residentes e domiciliados nos municípios pertencentes ao CIS AMAUC, vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único. O beneficiário será encaminhado para atendimento, através da Secretaria Municipal de Saúde do município em que reside, mediante solicitação do médico do Município.

3. DAS CONSULTAS/ DOS PREÇOS/DO REAJUSTE/DA VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

Art. 3º As consultas que trata este edital são os descritos na Tabela CIS AMAUC, anexo I.

Art. 4º O CIS AMAUC pagará à CREDENCIADA, pelos serviços efetivamente prestados aos usuários do SUS, os valores correspondentes estabelecidos na Tabela de Procedimentos Médicos, disponível no endereço <https://cisamauc.sc.gov.br>, e nos termos das disposições previstas na Lei nº 4.320/64.

Art. 5º A complementação de valores dar-se-á em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.606, de 11/09/2001.

Art. 6º Os valores fixados na Tabela de Procedimentos Médicos poderão ser reajustados pelos Secretários Municipais de Saúde e submetidos à análise e aprovação da Assembleia Geral de Prefeitos.

Art. 7º O preço fixado pelo CIS AMAUC e aceito pela CREDENCIADA inclui todos os custos e despesas inerentes à prestação dos serviços.

Art. 8º O Contrato de Credenciamento firmado com a CREDENCIADA vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado.

4. DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

Art. 9º Para fins de credenciamento, os interessados deverão apresentar cópia da seguinte documentação:

I - Para habilitação de Pessoa Jurídica:

- a) Contrato Social;
- b) CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- c) Inscrição Estadual;
- d) Alvará de Localização;
- e) Alvará Sanitário;
- f) Certidões Negativas de Débito: Municipal, Estadual e Federal;
- g) Certidões Negativas de Débito: INSS e FGTS;
- h) Relação dos serviços ao qual se habilita para credenciamento, de acordo com os códigos da Tabela de Serviços e Valores – Anexo I;
- i) Carteira de Identidade, CPF e Inscrição no Conselho Regional e/ou Federal, dos profissionais que prestarão os serviços;
- j) Diploma de graduação dos profissionais;
- k) Comprovante de residência ou estágio de no mínimo 2 anos, reconhecidos pelo MEC, ou título de especialista na área (somente para médicos);
- l) Contrato ou Convênio de Controle de Qualidade;
- m) Certificado de Regularidade junto ao CRF do Laboratório (para Análises Clínicas);

5. DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 10º Os serviços de saúde poderão ser prestados em clínicas/hospitais da própria CREDENCIADA ou em clínicas/hospitais de terceiros desde que previamente indicados e aceitos pelo CIS AMAUC.

Art. 11º A CREDENCIADA deverá contar com profissionais habilitados e regularmente inscritos nos respectivos conselhos da categoria.

Art. 12º Os profissionais da CREDENCIADA, assim como a equipe de apoio, obrigam-se a atender os usuários do SUS com respeito, dignidade, equidade e com foco na resolutividade do serviço executado.

Art. 13º A CREDENCIADA não poderá cobrar do paciente/responsável qualquer complementação dos valores pagos pelo Consórcio pelos serviços prestados, sob pena de descredenciamento.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º A documentação para habilitação de que trata o presente Edital, deverá ser entregue na sede do CIS AMAUC, de segunda às sextas-feiras, no horário das 08 horas às 11h30min e das 13h30min às 17 horas, a partir do dia 01 de agosto de 2022.

Art. 15º Após o recebimento e análise da documentação de habilitação, julgada regular, o CIS AMAUC, credenciará os profissionais e instituições necessárias para prestação dos referidos serviços, mediante assinatura do Termo de Credenciamento.

Art. 15º O CIS AMAUC publicará a habilitação da CREDENCIADA, na forma de extrato, no Diário Oficial dos Municípios.

Art. 16º Fazem parte do presente Edital:

- a) Tabela de Serviços e Valores e Serviços (Anexo I);
- b) Minuta do Termo de Credenciamento (Anexo II);
- c) Minuta de solicitação de credenciamento (Anexo III).

Parágrafo único. Os interessados no credenciamento poderão obter o presente edital e anexos, acessando a página <https://cisamauc.sc.gov.br>, ou diretamente na sede do CIS AMAUC, no endereço mencionado no preâmbulo deste edital, ou obter informações pelo telefone (49) 3482-3525.

Art. 17º O CIS AMAUC, justificando, reserva-se o direito de anular ou revogar este Edital de Chamamento de Interessados a qualquer momento, sem que caiba reclamação ou indenização de qualquer espécie.

Art. 18º Os casos omissos no presente Edital serão analisados pela Comissão especialmente nomeada para este fim.

Art. 19º O desatendimento das condições estabelecidas no presente edital poderá ensejar o descredenciamento da CREDENCIADA, assegurando o direito do contraditório e da ampla defesa

7. DO DESCREDENCIAMENTO

Art. 20º Fica facultado à CREDENCIADA, a qualquer tempo, solicitar o seu descredenciamento do CIS AMAUC, mediante simples notificação com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência.

Concórdia - SC, 01 de agosto de 2022.

VANDERLEI CANCI
Presidente CIS AMAUC

MARLON GABRIEL CANDEIA
Diretor Executivo CIS AMAUC

ROBERTO KURTZ PEREIRA
Secretário Administrativo AMAUC

ANEXO I: NOVEMBRO 2023

ALERGIA E IMUNOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
ANESTESIOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
ANGIOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
CARDIOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
CIRURGIA GERAL				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
CLÍNICA GERAL				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
DERMATOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
ENDOCRINOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
FISIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
GASTROENTEROLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
GERIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
HEMATOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
INFECTOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
MASTOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00

MEDICINA HIPERBÁRICA- OXIGENOTERAPIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
NEFROLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
NEUROLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
OFTALMOLOGIA				
(a consulta de Oftalmologia inclui: Gonioscopia, Fundoscopia, check-up de Glaucoma e Tonometria)				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
ONCOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
ORTOPEDIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
OTORRINOLARINGOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
PEDIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
PNEUMOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
PROCTOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
REUMATOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
UROLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
VASCULAR				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 67,00	R\$ 77,00
*VALOR SUS : REFERENTE A TABELA SIGTAP- SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E ORTESES, PROTESES E **COMPLEMENTO : VALOR REFERENTE RECURSO MUNICIPAL ***TOTAL : VALOR TOTAL PAGO PELO PROCEDIMENTO AO PRESTADOR				

FISIOTERAPIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA FISIOTERAPIA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	03.02.01.002-5	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (GERAL)	03.02.05.002-7	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLIC	03.02.04.001-3	R\$ 6,35	R\$ 18,65	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICA	03.02.04.002-1	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	03.02.04.004-8	R\$ 6,35	R\$ 18,65	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	03.02.04.003-0	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS OPERATÓRIO DE NEUROLOGIA	03.02.06.005-7	R\$ 6,35	R\$ 18,65	R\$ 25,00
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.05.003-1	R\$ 18,29	R\$ 26,03	R\$ 44,32

FONOAUDIOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA FONOAUDIOLOGIA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00

NEUROPSICOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (INCLUI APLICAÇÃO DO TESTE DE WISC-IV)	5890	R\$ 0,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00

NUTRIÇÃO				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NUTRIÇÃO	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00

CIRURGIÃO ODONTOPEDIATRA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CIRURGIÃO ODONTOPEDIATRA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00

PSICOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA PSICOLOGIA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00

PSICOPEDAGOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA PSICOPEDAGOGIA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00

TERAPIA OCUPACIONAL				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL – AVALIAÇÃO	5888	R\$ 0,00	R\$ 77,00	R\$ 77,00

***VALOR SUS** : REFERENTE A TABELA SIGTAP- SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E ORTESES, PROTESES E

****COMPLEMENTO** : VALOR REFERENTE RECURSO MUNICIPAL

*****TOTAL**: VALOR TOTAL PAGO PELO PROCEDIMENTO AO PRESTADOR

FONOAUDIOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	03.01.07.011-3	R\$ 10,90	R\$ 39,10	R\$ 50,00

PSICOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (SESSÃO)	03.01.08.017-8	R\$ 2,55	R\$ 42,45	R\$ 45,00

PSICOPEDAGOGIA				
ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO	03.01.07.005-9	R\$ 17,67	R\$ 27,33	R\$ 45,00
TERAPIA OCUPACIONAL				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
TERAPIA INDIVIDUAL DE TERAPEUTA OCUPACIONAL	5889	R\$ 0,00	R\$ 75,00	R\$ 75,00
*VALOR SUS : REFERENTE A TABELA SIGTAP- SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E ORTESES, PROTESES E				
**COMPLEMENTO : VALOR REFERENTE RECURSO MUNICIPAL				
***TOTAL: VALOR TOTAL PAGO PELO PROCEDIMENTO AO PRESTADOR				

EDITAL DE CHAMAMENTO N° 1/2022 ANEXO II

TERMO DE CREDENCIAMENTO E CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense – CIS/AMAUC, com sede na Rua Marechal Deodoro, 772 - 12º Andar – Edifício Mirage Offices, Município de Concórdia - Estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente Sr....., nos termos do Edital de Chamamento n° 01/2022, CREDENCIA, através deste termo(qualificação, endereço, identidade, CPF) ou a(empresa, instituição, CNPJ, endereço, identificação do responsável), para prestação de serviços especializados de saúde..... (consulta) ao CIS AMAUC, de acordo com as seguintes condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

Art. 1º A credenciada prestará aos usuários do CIS AMAUC, serviços especializados de saúde em _____ (especialidade em que se escreveu).

CLÁUSULA SEGUNDA DO PREÇO

Art. 2º O preço ajustado entre as partes será o constante na Tabela de Serviços e Valores CIS AMAUC 2022 – Anexo I do Edital de Credenciamento n° 01/2022, estando inclusos taxas de administração, gastos com materiais, taxas de sala, e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços pela credenciada.

CLÁUSULA TERCEIRA DO REAJUSTE

Art. 3º Os valores fixados na Tabela de Procedimentos Médicos poderão ser reajustados pelos Secretários Municipais de Saúde e submetidos à análise e aprovação da Assembleia Geral de Prefeitos.

CLÁUSULA QUARTA DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Art. 4º São obrigações do CIS AMAUC:

I - Efetuar o pagamento até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, mediante apresentação pela credenciada da Nota Fiscal/Fatura;

II - Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados;

III - Fiscalizar os serviços e esclarecer dúvidas.

IV - Fornecer requisições de consultas e exames.

Art. 5º São obrigações da credenciada:

I - atender todos os encaminhamentos do CIS AMAUC, em consultório ou clínica própria, em horário de expediente normal, pré-definido, dentro da cota mensal previamente estipulada pelas partes;

II - atender os encaminhamentos somente mediante a apresentação de documentação hábil, previamente autorizado pelo CIS AMAUC ou pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem;

III - preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pelo CIS AMAUC, inclusive o de contra-referência (consultas);

IV - apresentar a nota fiscal/fatura, relação dos serviços realizados com a devida comprovação dos encaminhamentos, até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços, anexando relação dos usuários, com nome completo e município de origem;

V – reavaliar os pacientes, mesmo quando para apresentação de exames solicitados, em todas as especialidades médicas, em até 30 (trinta) dias após a primeira consulta.

VI - entregar ao usuário exames realizados, com o laudo técnico, para repassar ao serviço básico de saúde de seu município;

VI - comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade de prestar serviços, justificando os motivos e definindo o período de não atendimento.

CLÁUSULA SEXTA DAS CONDIÇÕES GERAIS

Art. 6º Em caso de atraso na entrega das faturas pela credenciada, o pagamento devido pelo CIS AMAUC será retardado proporcionalmente.

Art. 7º Em nenhuma hipótese a credenciada poderá cobrar do beneficiário qualquer importância sob pena de descredenciamento.

Art. 8º O CIS AMAUC reserva-se o direito de, após a conferência técnica e administrativa efetuada por profissionais habilitados, das faturas apresentadas, solicitar perícia e informações adicionais e, em justificando, glosar despesas e procedimentos.

Art. 9º A remuneração recebida pela credenciada não gerará direito adquirido ou ato jurídico perfeito, não havendo nenhum vínculo de natureza trabalhista ou providenciária.

Art. 10º O presente termo de credenciamento é de caráter precário e "*intuito personae*", podendo ser revogado a qualquer momento a juízo de conveniência e oportunidade pelo CIS AMAUC.

Art. 11º A credenciada poderá solicitar o seu descredenciamento por meio de comunicação formal ao CIS AMAUC, com antecedência mínima de 30 dias.

Parágrafo único. É vedado à credenciada delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte os serviços previstos neste termo.

Art. 12º Os casos omissos serão resolvidos pelo CIS AMAUC sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento aos usuários.

Art. 13º Para dirimir as questões oriundas deste Termo de Credenciamento e Contrato de Prestação de Serviço que não forem resolvidas administrativamente, fica eleito o foro da Comarca de Concórdia, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Concórdia - SC, _____-.

Presidente

Credenciada

TESTEMUNHAS:

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

EDITAL DE CHAMAMENTO 01/2022 ANEXO III

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE	
Razão Social	
CNES	
Endereço	
Bairro	
Cidade/CEP/Estado	
CNPJ/CPF	
Fone/Fax	
Endereço Eletrônico	
Nome de Fantasia	

Solicito(amos) o credenciamento junto ao CIS AMAUC, para prestação de serviços na especialidade de _____. Para tanto, encaminho(amos) a documentação solicitada no Edital de Chamamento 01/2022.

Informo(amos) que possuo(imos) os seguintes equipamentos para efetivar o atendimento (quando for o caso):

Relação dos Profissionais (quando for o caso):

Nome	Especialidade

Escritório Contábil: Nome, Endereço Eletrônico e Fone:

Conta Bancária e Agência Banco do Brasil (exclusivo para depósito bancário):

CC: _____ Ag: _____

Opção de Boleto Bancário (demais bancos) () (marque com "X" se a opção for boleto bancário)

Data:

Assinatura e carimbo da Credenciada: _____