



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## **1ª RETIFICAÇÃO DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024** **CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2024**

O **Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Vale do Rio de Peixe – CISAMARP**, constituído sob a forma de sociedade jurídica de direito público, CNPJ 11.023.771/0001-10, sito na Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, cidade e comarca de Videira, estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. Gianfranco Volpato, Prefeito de Ibicaré/SC, conforme aprovação do Conselho Administrativo em reunião realizada em 07/11/2023 e em Assembleia Geral realizada em 16/05/2024, resolve:

**Art. 1º** Alterar o item 50.1 da Cláusula 50 – OBJETO e incluir o subitem 50.1.1, que passa assim a vigorar:

**50.1** O presente Edital tem por objeto o Credenciamento para prestação de serviços de saúde a serem realizados, em local cedido pelo ente consorciado, nas seguintes áreas:

- a) CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO);
- b) CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO);
- c) ULTRASSONOGRÁFIAS (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO) COM EQUIPAMENTO FORNECIDO PELO MUNICÍPIO (apenas no caso de disponibilidade de equipamento pelo município). (Incluído)
- d) ULTRASSONOGRÁFIAS (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO) COM EQUIPAMENTO FORNECIDO PELO CREDENCIADO. (Incluído)
- e) EXAMES E PROCEDIMENTOS (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO) COM EQUIPAMENTO FORNECIDO PELO CREDENCIADO. (Alterado)
- f) PRÓTESES DENTÁRIAS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS. (Incluído)

**50.1.1** O prestador que for realizar ultrassonografias na sede do ente consorciado, deverá na solicitação de credenciamento escolher a modalidade de atendimento (com equipamento próprio ou com equipamento cedido pelo ente consorciado), devendo estar ciente que ao escolher o atendimento com equipamento do ente consorciado não poderá atender com o próprio equipamento, e vice e versa. Deve ainda o prestador estar ciente de que o ente consorciado não é obrigado a dispor de equipamentos, podendo ficar o prestador ocioso caso não haja equipamentos disponíveis. (Incluído)

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**§1º** Altera o **ANEXO XXII SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS**, incluindo o seguinte texto:

**ASSINALAR NO QUE SE ENQUADRA: (apenas para realização de ultrassonografias)**

( ) Posso todo equipamento necessário para realização do atendimento no ente consorciado.

( ) Não posso todo equipamento necessário para realização do atendimento e irei utilizar os equipamentos do ente consorciado (Neste caso, fica a cargo do ente consorciado disponibilizar).

Se sim, quais equipamentos possui: \_\_\_\_\_

Se não, quais equipamentos necessita: \_\_\_\_\_

**§2º** Inclui na **TABELA DE PROCEDIMENTOS do ANEXO XXI – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS**, os seguintes procedimentos:

| PRÓTESES DENTÁRIAS   |            |            |
|--|------------|------------|
| PROTESE PARCIAL  | 1080301019 | R\$ 200,00 |
| PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL   | 0701070099 | R\$ 350,00 |
| PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL<br>(incluso serviço de moldagem por odontólogo) | 1080301396 | R\$ 500,00 |
| PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL  | 0701070102 | R\$ 350,00 |
| PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL<br>(incluso serviço de moldagem por odontólogo)    | 1080301397 | R\$ 500,00 |
| PROTESE TOTAL MANDIBULAR   | 0701070129 | R\$ 250,00 |
| PROTESE TOTAL MANDIBULAR (incluso serviço<br>de moldagem por odontólogo)             | 1080301398 | R\$ 300,00 |
| PROTESE TOTAL MAXILAR  | 0701070137 | R\$ 250,00 |
| PROTESE TOTAL MAXILAR (incluso serviço de<br>moldagem por odontólogo)                | 1080301399 | R\$ 300,00 |

**Art. 2º** Alterar as alíneas **y)**, **dd)** e **ee)** do item 60.2, da Cláusula 60 **DA FORMA DE REALIZAÇÃO E REQUISITOS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**:

**Parágrafo Único:** Uma vez que o item y) da Clausula 60.2 do EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024 que trata da quantidade máxima de pacientes por período (matutino ou vespertino), que limita a 16 pacientes, se refere apenas as CONSULTAS MÉDICAS realizadas na sede dos entes consorciados, complementa-se tal cláusula com a seguinte informação:

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 60.2 CABE AOS CREDENCIADOS/PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADOS (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS):

y) Atender a demanda agendada, com o máximo de 16 pacientes por período no caso de consultas médicas (máximo 32 por dia), ou a seu critério em quantidade inferior.

dd) Dispor de todo o equipamento necessário para realização de exames e procedimentos (insumos, máquinas e materiais), bem como transportar até o local disponibilizado pelo ente consorciado, quando escolher atender por esta modalidade;

ee) Entregar o resultado dos exames e procedimentos preferencialmente no prazo de prazo de até 05 (cinco) dias.

**Art. 3º** Incluir as alíneas ff) e gg) ao item 60.2, da Cláusula 60 DA FORMA DE REALIZAÇÃO E REQUISITOS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO:

ff) Realizar a demanda agendada, com o máximo de 20 ultrassonografias por período (máximo 40 por dia), ou a seu critério em quantidade inferior.

gg) Realizar a demanda agendada, com o máximo de 04 pacientes de próteses dentárias por período (máximo 08 por dia), ou a seu critério em quantidade inferior.

**Art. 4º** Para cumprimento de Edital de Credenciamento 01/2024, ressalta-se que apenas serão pagos os procedimentos efetivamente realizados pelo prestador.

**Art. 5º** O presente documento terá vigência a partir de sua assinatura, condicionada sua validade à publicação no DOM/SC.

**Art. 6º** Para todos os fins de direito, excetuada a modificação constante da condição acima aditada, ficam ratificadas todas as demais disposições do Edital de Credenciamento 01/2024.

Videira, 13 de novembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Gianfranco Volpato**  
PRESIDENTE DO CISAMARP

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2024**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO nº 04/2024**

**EDITAL Nº 01/2024 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS, FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS, E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR**

O Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Vale do Rio de Peixe – CISAMARP, constituído sob a forma de sociedade jurídica de direito público, CNPJ 11.023.771/0001-10, sito na Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, cidade e comarca de Videira, estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. Gianfranco Volpato, Prefeito Municipal de Ibiraré/SC, no uso legal de suas atribuições, torna pública a realização de **CHAMADA PÚBLICA para CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS, FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS, E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR** nos termos e condições estabelecidos neste Edital, vinculado ao Processo Administrativo n.º 04/2024, para eventual e futura contratação por inexigibilidade de licitação, com base da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, mediante as cláusulas e condições seguintes.

## 1.SUMÁRIO

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1. CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS .....                               | Erro! Indicador não definido. |
| 2. FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS..... | 15                            |
| 3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR.....    | 22                            |
| 4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS.....  | 30                            |

**1.1** Os credenciamentos deverão obedecer às especificações deste instrumento convocatório, anexos que dele fazem parte.

**1.2** Os usuários dos serviços eletivos são os pacientes dos entes consorciados ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe.

**1.3** Ficam disponíveis aos novos entes ingressantes no Consórcio, ao longo da vigência deste Edital, os serviços nele previstos.

**1.4** São partes integrantes deste Edital os seguintes anexos:

|                 |                                  |
|-----------------|----------------------------------|
| <b>ANEXO I</b>  | <b>ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR</b> |
| <b>ANEXO II</b> | <b>TERMO DE REFERÊNCIA</b>       |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**1.5** Fica designada a Comissão Especial de Credenciamento para o presente processo administrativo eletrônico, com a função de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos ao credenciamento e, de modo especial, de formalizar a decisão sobre o credenciamento, sendo composta pelos seguintes empregados públicos:

**I Maria Ingrid Riegert de Almeida – Gerente Administrativa**

**II Carlos Eduardo Gomes Pegas - Técnico Administrativo**

**III Milena Ferreira Guimarães – Técnica Administrativa**

## CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS

Disposições Legais: Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, Lei nº 8080/90, Portarias nº 1.606/01, e 2.567/16 do Ministério da Saúde, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, ou posterior e demais legislações aplicáveis.

## **2. OBJETO**

2.1 O presente Edital tem por objeto o Credenciamento de PESSOAS JURÍDICAS para prestação de serviços de hospedagem em casa de apoio e traslado de pacientes para serviços de saúde e destes para a casa de apoio, a serem realizados na região metropolitana da Grande Florianópolis, nos moldes do anexo VIII deste edital de credenciamento.

2.2 A finalidade deste Edital é disciplinar o credenciamento de pessoas jurídicas tornando-as aptas a contratar com o CISAMARP, podendo originar contratação futura conforme o objeto e na forma descrita neste Edital. O ato do credenciamento em si, não gera o direito subjetivo ao Termo de Credenciamento.

## **3. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

3.1 Os serviços CREDENCIADOS, deverão ser prestados na sede da credenciada para a hospedagem e na região metropolitana da grande Florianópolis para o traslado de pacientes.

3.2 Todos os custos de operação, financeiros, de pessoal e impostos, para atendimento ao objeto deste edital é de inteira responsabilidade da CREDENCIADA, bem como, todas e quaisquer despesas que possam vir ocorrer no decorrer do Termo de Credenciamento.

## **4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

4.1 Poderão apresentar proposta de credenciamento pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste edital, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório dos serviços que se dispõem a ofertar.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

4.2 É vedado o credenciamento das pessoas jurídicas que:

- a) Cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei nº 14.133/21;
- b) Se encontrar em processo falimentar ou de recuperação judicial ou extrajudicial;
- c) Possuem em seu quadro social cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de empregados públicos vinculados ao CISAMARP, nem de Prefeito, Vice-Prefeito e de Secretário Municipal de Saúde de qualquer um dos entes consorciados, conforme o art. 13 IV da Lei nº 14.133/21;
- d) Possuem sócio administrador exercendo cargo, emprego ou função pública em qualquer um dos entes consorciados.

## **5. FORMA DE CREDENCIAMENTO**

5.1 Os interessados poderão solicitar o credenciamento após a publicação deste edital no Diário Oficial dos Municípios, devendo, inicialmente, enviar por e-mail ([municipios@cisamarp.sc.gov.br](mailto:municipios@cisamarp.sc.gov.br)) o cartão de CNPJ com endereço atualizado, para que seja gerado um usuário e senha que serão enviados para o email informado pelo interessado. Com esses, o interessado em credenciar deverá acessar o sistema disponibilizado pelo CISAMARP e anexar a documentação que trata o item 7 deste edital.

5.2 Poderá o CISAMARP, a seu critério, determinar que os documentos relacionados no item 7 deste edital deverão ser remetidos digitalmente.

5.3 O CONSÓRCIO decidirá sobre a contratação no prazo de trinta dias, a contar da entrega dos documentos, suspendendo-se a fluência deste prazo no caso de necessidade de complementação da documentação entregue voltando a correr.

5.4 Serão considerados credenciados os interessados que apresentarem os documentos enumerados no item 7 (pessoa Jurídica) deste instrumento, e aprovados pela comissão de licitação do CISAMARP.

5.5 Serão considerados aptos à prestação de serviços ao CISAMARP as pessoas jurídicas habilitadas pelo cumprimento deste edital, e que forem convocados a assinar o Termo de Credenciamento de prestação de serviços.

5.6 O Termo de Credenciamento, poderá ser impresso pelo sistema informatizado disponibilizado pelo CISAMARP, através de login e senha, fornecido após o recebimento e aceitação da documentação de que trata o item 7 deste edital.

## **6. FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

6.1 Encaminhar documentos que por sua constituição sejam eletronicamente emitidos via sistema fornecido pelo consórcio, conforme instruções detalhadas a serem informadas via email para o interessado no credenciamento.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

6.2 Da mesma forma os documentos assinados digitalmente deverão ser anexados no sistema fornecido pelo consórcio.

6.3 Acesso ao sistema se dará por usuário e senha específico para cada credenciando.

## 7. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

### 7.1 Habilitação Jurídica:

7.1.1 Solicitação de Credenciamento firmado pelo responsável legal constante no Contrato Social (Anexo IV); (assinado digitalmente).

7.1.2 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ); (imprimir da página da Receita Federal na internet);

7.1.3 Certidão Simplificada atualizada emitida pela Junta Comercial em caso de Sociedade Empresária; em caso de Sociedade Simples ou Associação, Estatuto autenticado pelo Cartório de Títulos e Documentos, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, devidamente autenticado ou com assinatura digital em caso de documento digital; (imprimir em <http://www.jucesc.sc.gov.br/index.php/servicos/certidoes/solicitar-certidao-simplificada>)

### 7.2 Regularidade Fiscal e Trabalhista:

7.2.1 Certidão Negativa de Débitos: FGTS (imprimir em <https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>);

7.2.2 Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União. (imprimir em <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/certidao/cndconjuntainter/informanicertidao.asp?tipo=1>)

7.2.3 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; (imprimir em <http://www.tst.jus.br/certidao/>);

7.2.4 Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual; (imprimir em <https://tributario.sef.sc.gov.br/tax.NET/Sat.CtaCte.Web/SolicitacaoCnd.aspx>);

7.2.5 Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica; (imprimir da página do órgão na internet);

### 7.3 Qualificação Econômico-Financeira:

7.3.1 Certidão de Falência e Concordata emitida pelo Poder Judiciário (imprimir em <https://esaj.tjsc.jus.br/sco/abrirCadastro.do> ou <https://certeproc1g.tjsc.jus.br/>);

### 7.4 Documentos complementares:

7.4.1 Alvará Sanitário em validade emitido pela Vigilância Sanitária.

7.4.2 Cópia da Carteira de Identidade e CPF do sócio administrador da empresa;

7.4.3 Cópia da carteira nacional de habilitação do(s) motorista(s) que efetuará(ão) o transporte do(s) paciente(s)

7.4.4 Dados do CNES (Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde); (imprimir em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>);

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

7.4.6 Declaração do interessado de que não possui, em seu quadro de pessoal, empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e qualquer empregado menor de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1998 (Lei n.º 9.854/99) (ANEXO V) (assinado digitalmente).

7.4.5 Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos (ANEXO V) (assinado digitalmente).

7.4.6 Declaração firmada pelo representante legal da instituição de que seus sócios e/ou diretores não ocupam cargo, emprego ou função pública / Declaração de inexistência de nepotismo CREDENCIANTE (ANEXO V). (assinado digitalmente).

7.4.7 Formulário de Cadastro de usuário do sistema (ANEXO VI), acompanhado de cópia simples de documento de cada usuário com foto.

7.4.8 Cópia apólice(s) de seguro(s) do(s) veículo(s) com cobertura aos passageiros.

7.4.9 As atividades a serem executadas pela empresa/ código e descrição das atividades econômicas devem ser compatíveis com o objeto do presente edital.

7.5 Os documentos necessários à habilitação deverão ser inseridos no sistema fornecido pelo consórcio conforme instruções constantes nos itens 6.1, 6.2 e 6.3:

## 7.6 São válidos os documentos:

- Inseridos via sistema informatizado do CISAMARP;
- Publicação dos documentos em órgão da imprensa oficial.
- Gerados automaticamente por sistemas disponíveis na internet.
- Assinado digitalmente por certificado digital ICP-Brasil.
- Via original juntamente com as cópias, as quais serão autenticadas por servidor do CISAMARP. (não dispensada a inserção no sistema fornecido pelo consórcio).
- Cópia autenticada por cartório competente (nesse caso, anexar no sistema os documentos e enviá-los fisicamente ao CISAMARP).

## 8. PROCEDIMENTO DO CADASTRO

8.1 Apresentar os documentos constantes no item 7 nos termos dos itens 6.1, 6.2 e 6.3 deste edital.

8.2 O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos documentos de habilitação. Não será aceito cadastro com documentação incompleta.

8.3 A Comissão Permanente de Licitações terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para responder a questionamentos.

## 9. TERMO DE CREDENCIAMENTO.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

9.1 Após análise e aprovação da documentação de credenciamento pela Comissão, estará o prestador apto a contratar com o CISAMARP, quando poderá ser emitido o Termo de Credenciamento o qual somente terá validade após assinado pelo representante do consórcio.

9.2 O Termo de Credenciamento poderá ter sua duração prorrogada por até 10 (dez) anos, nos termos dos art. 106 a 108, da Lei nº 14.133/21.

9.3 O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado se ficar demonstrado que o CREDENCIADO/CREDENCIADA deixou de satisfazer as exigências estabelecidas nos mesmos, bem como se deixar de atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

9.4 A qualquer tempo o Termo de Credenciamento poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pela Direção Executiva do CISAMARP, por solicitação dos Prefeitos(as) e/ou dos Secretários de Saúde, pela alteração ou criação de leis, normas ou portarias do SUS, bem como para inclusão ou supressão de procedimentos solicitada oficialmente pelo prestador de serviços, desde que apresentem toda a habilitação necessária.

9.5 O prestador habilitado, quando convocado a firmar o Termo de Credenciamento correspondente, terá o prazo de até **05 (cinco) dias úteis** para assinar o documento, podendo ser o prazo prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pelo prestador e desde que ocorra motivo justificado, aceito pelo CISAMARP.

## 10. DO VALOR

10.1 A remuneração será em conformidade com o ANEXO III - TABELA DE PROCEDIMENTOS CASAS DE APOIO REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS, nos valores constantes na mesma, e serão pagos conforme a quantidade dos procedimentos realizados mensalmente.

## 11. DA ALTERAÇÃO DA TABELA E DO REAJUSTE DE VALORES

11.1 A TABELA DE PROCEDIMENTOS (ANEXO III) poderá sofrer alterações, na vigência deste edital, como inclusão e exclusão de procedimentos. A alteração de valor(es), se dará desde que aprovados no mínimo por decisão dos Prefeitos(as) ou indicação dos(as) Secretários(as) de Saúde, e por consequência provocarão alterações nos Termo de Credenciamento, mesmo nos já firmados.

11.2 As decisões citadas no item anterior serão ratificadas pelo Presidente do consórcio CISAMARP por meio de resolução, e publicadas em diário oficial.

## 12. DA FORMA DE REALIZAÇÃO E REQUISITOS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO.

### 12.1 CABE AO ENTE CONSORCIADO:

- Atender o paciente que procura o serviço de saúde.
- Inserir quando couber, o paciente no sistema de regulação SISREG, ou outro que venha a substituí-lo.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- c) Solicitar à credenciada, com antecedência de 5 dias, a(s) vaga(s) necessária(s) e indicar o período de permanência.
- d) Emitir no sistema informatizado do CISAMARP a guia de autorização, imprimi-la, assiná-la e entregá-la ao paciente, instruir ao paciente e ao motorista que assinem a guia somente após a realização dos serviços.
- e) Respeitados os princípios do SUS e da capacidade financeira, definir quais procedimentos serão autorizados para o paciente e/ou acompanhante.
- f) Questionar o paciente sobre o serviço recebido, comunicar qualquer anormalidade ao CISAMARP.
- g) É de total responsabilidade do ente consorciado o acompanhamento do serviço prestado ao paciente, a instrução sobre as assinaturas, a definição de liberar guias para paciente/accompanhante, o correto envio da guia compatível com o período de permanência do paciente.
- h) Orientar o paciente e motorista quanto ao correto preenchimento na guia, da hora de chegada e de saída do paciente na casa de apoio.

## 12.2 CABE AOS CREDENCIADOS/PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADOS:

- a) Atender a todos os entes consorciados que solicitarem vagas de pernoite ou traslado dentro do limite existente na casa de apoio.
- b) Atender somente à pacientes encaminhados pelas Secretarias de Saúde, que tenham sido previamente agendados e que portem a guia de autorização emitida no sistema informatizado do CISAMARP, a qual deverá estar assinada por funcionário da Secretaria de Saúde. O atendimento que for realizado sem autorização prévia não será pago pelo CISAMARP.
- c) Coletar no ato de liberação do paciente para retorno ao ente consorciado, a assinatura do mesmo ou do responsável/accompanhante na guia do CISAMARP, bem como, preencher os dados solicitados na guia.
- d) Reter a guia e encaminhá-la para faturamento, assinada e conforme demais orientações do CISAMARP.
- e) Manter atualizadas no sistema fornecido pelo consórcio, as Certidões Negativas de Débitos a que se refere o item 26.4.
- f) Enviar mensalmente para o CISAMARP: as guias devidamente assinadas e o relatório próprio do sistema fornecido pelo consórcio.
- g) Registrar no sistema somente as guias que estejam de acordo com o item “d”.
- h) Agendar ou realizar somente procedimentos que constem no Termo de Credenciamento ou de aditivos ao mesmo.
- i) Preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pelo CISAMARP.
- j) Utilizar o sistema informatizado disponibilizado gratuitamente pelo CISAMARP, registrando as guias de pacientes atendidos, diariamente, até os prazos estabelecidos pelas competências definidas no sistema;

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- k) Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade excepcional de prestar serviços por motivos particulares, definindo período de não atendimento;
- l) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, informando no mesmo que presta serviço ao SUS, atendimento ambulatorial SUS, Profissional SUS, Serviços SUS;
- m) Solicitar junto ao Gestor municipal do SUS do município, onde se localiza a empresa e/ou filial, que a inclua no site do CNES seu estabelecimento como prestador de serviços, como terceiro;
- n) Atender o(s) paciente(s) encaminhado(s) sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios;
- o) Não realizar nenhuma forma de cobrança, e tampouco extra, dos entes consorciados ou dos pacientes, mesmo que a título de complementação de valores;
- p) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento;
- q) Prestar atendimento adequado aos usuários e fornecer as informações ao ente consorciado e/ou ao CISAMARP sobre os serviços prestados.

**12.3** As credenciadas devem disponibilizar os seguintes serviços e possuir os seguintes ambientes:

#### 12.3.1. Estrutura Física

- a) As credenciadas devem manter as instalações físicas dos ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto, limpeza e higiene.
- b) As credenciadas devem necessariamente possuir:
  - c) Quartos coletivos com acomodações individuais, roupa de cama e espaço para guarda de roupas e de pertences pessoais;
  - d) Banheiros masculinos e femininos separados, compatíveis com o quantitativo de hóspedes;
  - e) Quartos e banheiros dotados de medidas que promovam a acessibilidade de pacientes portadores de necessidades especiais;
  - f) Refeitório.
- g) A casa deve localizar-se dentro de um raio de 10 km do Hospital Celso Ramos na cidade de Florianópolis.

#### 12.3.2. Hospedagem

- a) Deverão prestar serviços de hospedagem especializada a pacientes em tratamento de saúde, com atendimento 24 (vinte e quatro) horas;
- b) Deverão disponibilizar roupas de cama e banho esterilizadas e produtos de higiene pessoal, como sabonete, papel higiênico, etc, devendo realizar troca de roupa de cama diariamente.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- c) Deverá recepcionar os usuários com informes gerais sobre os serviços ofertados por ela, seguidos do atendimento individual para cadastro, identificação, endereço de onde será realizado o atendimento médico, ambulatorial ou hospitalar e verificar os encaminhamentos de cada paciente.
- d) No período diurno deverão estar disponíveis cômodos para descanso e banho – produtos higiene pessoal.

### 12.3.3 Transporte

- a) As credenciadas deverão prestar serviço de traslado aos pacientes e seus acompanhantes, encaminhados pelos entes consorciados, da sede da credenciada aos seus respectivos locais de atendimento e vice-versa, havendo ou não o pernoite; admite-se a critério do ente consorciado o traslado do local de atendimento até a casa de apoio para todos os casos em tempo suficiente dos pacientes estarem no horário marcado para o atendimento;
- c) As credenciadas deverão dispor de veículo (s) segurado (s) com cobertura aos passageiros e capacidade suficiente para fins de traslado consoante ao roteiro descrito no item a;
- d) As credenciadas deverão observar os horários pré-agendados e fazer cumpri-los, bem como, minimizar o tempo de espera do paciente após a solicitação de traslado para a casa de apoio.

### 12.3.4 Alimentação

- a) As credenciadas deverão fornecer refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar, quando essas coincidirem seu horário com a presença do paciente na casa de apoio.
- b) As refeições deverão ser fornecidas de acordo com os padrões de higiene e saúde normatizado pela Vigilância Sanitária.

## 13. DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

13.1 O CREDENCIADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, ao CISAMARP e aos entes consorciados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou prepostos.

13.2 É de responsabilidade exclusiva e integral da CREDENCIADA a utilização de pessoal técnico e habilitado para a execução do objeto CREDENCIADO, despesas com deslocamento, viagens, alimentação, bem como a quitação dos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujas obrigações não serão transferidas ao Consórcio e nem ao ente consorciado.

## 14 - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

14.1 O pagamento será efetuado até o dia 20 do mês subsequente ao mês da prestação do serviço para os atendimentos que foram realizados e incluídos no sistema informatizado até o dia do fechamento do mês.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

competência, o qual será divulgado antecipadamente ao CREDENCIADO, desde que não se enquadrem nas glosas do item 15 deste edital.

14.2 É fator condicionante para pagamento o recebimento pelo Consórcio da Nota Fiscal correspondente ao serviço prestado, contendo na mesma os procedimentos realizados, conforme valor constante na fatura emitida pelo sistema informatizado, e pelo recebimento das guias impressas emitidas pelos entes consorciados, devidamente assinadas em todos seus campos por cada um dos responsáveis indicados, bem como, quando cabível, pela apresentação do pedido médico ou outro profissional habilitado para tal, anexado a guia.

14.3 O pagamento do valor mensal conforme a produção será realizado por transferência bancária em conta corrente, indicada pelo CREDENCIADO, a qual deverá estar vinculada ao CNPJ da CREDENCIADA. Não será realizado pagamento em espécie.

14.4 O pagamento estará condicionado ainda à apresentação das seguintes certidões:

- Certidão Negativa de Débitos: FGTS (imprimir em <https://consultacrf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>;
- Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União. (imprimir em <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/certidao/cndconjuntainter/informanicertidao.asp?tipo=1>);
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; (imprimir em <http://www.tst.jus.br/certidao/>);
- Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual; (imprimir em <https://tributario.sef.sc.gov.br/tax.NET/Sat.CtaCte.Web/SolicitacaoCnd.aspx>);
- Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica; (imprimir da página do órgão na internet);

## 15. DAS GLOSAS

15.1 Serão glosadas as guias e/ou procedimentos que não estejam em conformidade com os itens abaixo:

- Ausência na guia física de assinatura do paciente ou do Prestador de Serviço, ou do profissional responsável pela emissão da guia.
- Divergência de procedimentos entre solicitação de profissional habilitado e procedimento liberado na guia.
- Guia lançada no sistema, porém, não apresentada guia física.
- Nova Consulta cobrada anterior ao prazo de 30 dias.
- Solicitação médica ou de profissional habilitado sem identificação do paciente.
- Ausência de solicitação médica ou de profissional habilitado anexa à guia.

15.2 Guias e/ou procedimentos glosados serão devolvidas, para serem realizadas as adequações e devolvidas preferencialmente na produção seguinte.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 16-DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias:

33.90.39- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

33.90.30 – Outros materiais de Consumo.

## 17. INTEGRAM O PRESENTE INSTRUMENTO OS SEGUINTE ANEXOS:

ANEXO III – TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP

ANEXO IV - SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

ANEXO V - DECLARAÇÃO EMPREGO DE MENOR, FATOS IMPEDITIVOS E INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO

ANEXO VI - SOLICITAÇÃO DE USUÁRIO DO SISTEMA

ANEXO VIII - MINUTA TERMO DE CREDENCIAMENTO.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## **FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS**

Disposições Legais: Lei nº 14.133/21, suas alterações, Lei nº 8080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001 e Norma Operacional Básica - NOB 01/96, as diretrizes de Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina - edição 2018 ou posterior e demais legislações aplicáveis.

### **18. OBJETO**

18.1 presente Edital tem por objeto o Credenciamento para fornecimento de Aparelhos Auditivos e procedimentos correlatos elencados na TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP ANEXO IX deste edital, para atendimento da demanda SUS dos entes consorciados ao CISAMARP.

18.2 A finalidade deste Edital é disciplinar o credenciamento de pessoas jurídicas tornando-as aptas a contratar com o CISAMARP, podendo originar contratação futura conforme o objeto e na forma descrita neste Edital. O ato do credenciamento em si, não gera o direito subjetivo ao Termo de Credenciamento.

### **19. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

19.1 Os serviços, quando CREDENCIADOS, deverão ser prestados em instalações próprias ou locadas pelo prestador CREDENCIADO, facultando ao mesmo definir dias e horários específicos de atendimento, ou a livre demanda.

### **20. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

20.1 Poderão apresentar proposta de credenciamento pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste edital, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório dos serviços que se dispõem a ofertar.

20.2 É vedado o credenciamento das pessoas jurídicas que:

- a) Cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei nº 14.133/21;
- b) Se encontrar em processo falimentar ou de recuperação judicial ou extrajudicial;
- c) Possuem em seu quadro social cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de empregados públicos vinculados ao CISAMARP, nem do Prefeito, Vice-Prefeito e de Secretário Municipal de Saúde de qualquer um dos entes consorciados, conforme o art. 13 IV da Lei nº 14.133/21;

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

d) Possuem sócio administrador exercendo cargo, emprego ou função pública em qualquer um dos entes consorciados.

## 21. FORMA DE CREDENCIAMENTO

21.1 Os interessados poderão solicitar o credenciamento após a publicação deste edital no Diário Oficial dos Municípios, devendo, inicialmente, enviar por e-mail ([municipios@cisamarp.sc.gov.br](mailto:municipios@cisamarp.sc.gov.br)) o cartão de CNPJ com endereço atualizado, para que seja gerado um usuário e senha que serão enviados para o email informado pelo interessado. Com esses, o interessado em credenciar deverá acessar o sistema disponibilizado pelo CISAMARP e anexar a documentação que trata o item 23 deste edital.

21.2 Poderá o CISAMARP determinar que os documentos relacionados no item 39.1 deste edital devam ser remetidos digitalmente a seu critério.

21.3 Serão considerados credenciados os interessados que apresentarem os documentos enumerados no item 23 (pessoa Jurídica) deste instrumento, e aprovados pela comissão de licitação do CISAMARP.

21.4 Serão considerados aptos à prestação de serviços ao CISAMARP as pessoas jurídicas habilitadas pelo cumprimento deste edital, e que forem convocados a assinar o Termo de Credenciamento.

21.5 O Termo de Credenciamento, poderá ser impresso pelo sistema informatizado disponibilizado pelo CISAMARP, através de login e senha, fornecido após o recebimento e aceitação da documentação de que trata o item 23.1 deste edital, ou em via física.

## 22. FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

22.1 Encaminhar documentos que por sua constituição sejam eletronicamente emitidos via sistema fornecido pelo consórcio, conforme instruções detalhadas a serem informadas via email para o interessado no credenciamento.

22.2 Da mesma forma os documentos assinados digitalmente deverão ser anexados no sistema fornecido pelo consórcio.

22.3 Acesso ao sistema se dará por usuário e senha específico para cada credenciando.

## 23. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

### 23.1 Habilitação Jurídica:

23.1.1 Solicitação de Credenciamento firmado pelo administrador da empresa constante no Contrato Social (Anexo XI); (**Assinado digitalmente**)

23.1.2 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ); (imprimir da página da Receita Federal na internet);

23.1.3 Certidão Simplificada atualizada emitida pela Junta Comercial em caso de Sociedade Empresária; em caso de Sociedade Simples ou Associação, Estatuto autenticado pelo Cartório de Títulos e Documentos, no caso de

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, devidamente autenticado ou com assinatura digital em caso de documento digital; (imprimir em <http://www.jucesc.sc.gov.br/index.php/servicos/certidoes/solicitar-certidao-simplificada>)

23.1.4 Cópia do Alvará Sanitário em validade da empresa e/ou do local onde serão realizados os atendimentos/procedimentos; (autenticar cópia ou com assinatura digital e QR CODE em caso de documento digital).

23.1.5 Cópia do Alvará de Licença expedido pela Prefeitura do município sede da Pessoa Jurídica;

## 23.2 Regularidade Fiscal e Trabalhista

23.2.1 Certidão Negativa de Débitos: FGTS (imprimir em <https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>);

23.2.2 Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União. (imprimir em <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/certidao/cndconjuntainter/informanicertidao.asp?tipo=1>);

23.2.3 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; (imprimir em <http://www.tst.jus.br/certidao>);

23.2.4 Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual; (imprimir em <https://tributario.sef.sc.gov.br/tax.NET/Sat.CtaCte.Web/SolicitacaoCnd.aspx>);

23.2.5 Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica; (imprimir da página do órgão na internet);

## 23.3 Qualificação Econômico- Financeira

23.3.1 Certidão de Falência e Concordata emitida pelo Poder Judiciário (imprimir em <https://esaj.tjsc.jus.br/sco/abrirCadastro.do> ou <https://certeproc1g.tjsc.jus.br/>);

## 23.4 Qualificação Técnica:

23.4.1 Comprovante de Inscrição no Conselho Profissional, da (s) profissional(is) que executará(ão) os serviços e/ou Carteira de Identidade Profissional. (Sendo aceita a declaração do CRM digital ou autenticar cópia da carteirinha).

23.4.2 Cópia do Comprovante de especialização na área pretendida, do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços; (Sendo aceita a declaração do CRM digital ou autenticar cópia do certificado).

## 23.5 Documentos Complementares:

23.5.14 Cópia da Carteira de Identidade e CPF (OU CNH); caso não constem os números na Carteira de Identidade Profissional, (Documento digital OU autenticar cópia).

23.5.16 Dados do CNES (Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde); (imprimir em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>);

23.5.17 Declaração do interessado de que não possui, em seu quadro de pessoal, empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e qualquer empregado menor de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988 (Lei n.º 9.854/99) (ANEXO XII). **(assinado digitalmente)**.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

23.5.1 Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos (ANEXO XII). **(assinado digitalmente).**

23.5.2 Declaração firmada pelo representante legal da instituição de que seus sócios e/ou diretores não ocupam cargo, emprego ou função pública / Declaração de inexistência de nepotismo CREDENCIANTE (ANEXO IV). **(assinado digitalmente).**

23.5.3 Declaração da Capacidade Técnica de Fornecimento, (ANEXO XII). **(assinado digitalmente).**

23.5.4 Formulário de Cadastro de usuário do sistema (ANEXO XIII), acompanhado de cópia de documento com foto. (Podendo ser assinado manual ou digitalmente)

**23.6 Os documentos necessários à habilitação deverão ser inseridos no sistema fornecido pelo consórcio conforme instruções constantes nos itens 22.1, 22.2 e 22.3.**

**23.7 São válidos os documentos:**

- a) Inseridos via sistema informatizado do CISAMARP;
- b) Publicação dos documentos em órgão da imprensa oficial.
- c) Gerados automaticamente por sistemas disponíveis na internet.
- d) Assinado digitalmente por certificado digital ICP-Brasil.
- e) Via original juntamente com as cópias, as quais serão autenticadas por servidor do CISAMARP. (não dispensada a inserção no sistema fornecido pelo consórcio).
- f) Cópia autenticada por cartório competente (nesse caso, anexar no sistema os documentos e enviá-los fisicamente ao CISAMARP).

## 24. PROCEDIMENTO DO CADASTRO

24.1 Apresentar os documentos constantes no item 23 nos termos do item 22 deste edital.

24.2 O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos documentos de habilitação. Não será aceito cadastro com documentação incompleta.

24.3 A Comissão Permanente de Licitações terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para responder a questionamentos.

## 25. TERMO DE CREDENCIAMENTO.

25.1 Após análise e aprovação da documentação de credenciamento pela Comissão, estará o prestador apto a contratar com o CISAMARP, quando poderá ser emitido o Termo de Credenciamento o qual somente terá validade após assinado pelo representante do consórcio. Ao CISAMARP é reservado o direito de contratar com aqueles prestadores/credenciados cuja demanda se fizer necessária, no momento oportuno e de interesse dos entes consorciados.

25.2 Termo de Credenciamento poderá ter sua duração prorrogada por até 10 (dez) anos, nos termos dos artigos 106 a 108, da Lei nº 14.133/21.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

25.3 O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado se ficar demonstrado que o CREDENCIADO/CREDENCIADA deixou de satisfazer as exigências estabelecidas nos mesmos, bem como se deixar de atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

25.4 A qualquer tempo o Termo de Credenciamento poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pela Direção Executiva do CISAMARP, por solicitação dos Secretários de Saúde, pela alteração ou criação de leis, normas ou portarias do SUS, bem como para inclusão ou supressão de procedimentos solicitada oficialmente pelo prestador de serviços, desde que apresentem toda a habilitação necessária.

25.5 O prestador habilitado, quando convocado a firmar o Termo de Credenciamento correspondente, terá o prazo de até **05 (cinco) dias úteis** para assinar o documento, podendo ser o prazo prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pelo prestador e desde que ocorra motivo justificado, aceito pelo CISAMARP.

## 26. DO VALOR

26.1 A remuneração será em conformidade com o ANEXO IX - TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP, nos valores constantes na mesma, e serão pagos conforme a quantidade dos procedimentos realizados e a quantidade e tipos de aparelhos adquiridos mensalmente.

## 27. DA ALTERAÇÃO DA TABELA E DO REAJUSTE DE VALORES

27.1 A TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP (ANEXO IX) poderá sofrer alterações, na vigência deste edital, como inclusão e exclusão de procedimentos e aparelhos e alteração de valor(es), desde que aprovados no mínimo por decisão dos(as) Secretários(as) de Saúde e ratificado por ato do Presidente deste consórcio, e por consequência provocarão alterações nos Termos de Credenciamentos, mesmo nos já firmados.

27.2 As decisões citadas no item anterior serão ratificadas pelo Presidente do consórcio CISAMARP por meio de resolução, e publicadas em diário oficial.

## 28. DA FORMA DE REALIZAÇÃO E REQUISITOS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO.

### 28.1 CABE AO ENTE CONSORCIADO:

- Atender o paciente que procura o serviço de saúde.
- Inserir quando couber, o paciente no sistema de regulação SISREG, ou outro que venha a substituí-lo.
- À sua conveniência, e aos princípios do SUS e da capacidade financeira definir quais procedimentos e aparelhos que serão autorizados para o paciente.
- Fazer contato com o prestador de serviço escolhido e agendar o procedimento.
- Emitir no sistema informatizado do CISAMARP a guia de autorização, imprimir-la, anexar na guia de solicitação médica ou de outro profissional competente, assinar-la e entregá-la ao paciente.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- f) Encaminhar o paciente ao prestador de serviço munido da guia de autorização bem como orientá-lo a levar os exames que já possui pertinentes a sua doença no dia do atendimento, em especial nas consultas.
- g) Orientar o paciente quando o procedimento exigir preparo, conforme orientação do Prestador de serviço.
- h) Encaminhar o paciente já triado com prescrição médica indicando o uso de aparelho auditivo, sempre que possível **com lavagem auricular realizada** se necessária e com a Audiometria mais recentemente realizada se existir.
- i) Acompanhar o paciente no mínimo mensalmente, orientando-o quanto ao uso do aparelho, limpeza e conservação, e avaliando se há necessidade de encaminhamento do paciente ao serviço auditivo especializado.
- j) Formular TERMO DE RESPONSABILIDADE, onde constem os cuidados e deveres do paciente em relação ao aparelho auditivo, ler, explicar e entregar ao paciente.

## 28.2 CABE AOS CREDENCIADOS/PRESTADORES DE SERVIÇOS:

- a) Atender todos os pacientes encaminhados pelos entes consorciados ao CISAMARP, em consultório ou clínica própria, em horário de expediente pré-definido.
- b) Atender somente aos pacientes encaminhados pelas Secretarias de Saúde, que tenham sido previamente agendados e que portem a guia de autorização emitida no sistema informatizado do CISAMARP, a qual deverá estar assinada por funcionário da Secretaria de Saúde e acompanhada da solicitação médica. O atendimento que for realizado sem autorização não será pago.
- c) Realizar somente os procedimentos autorizados na guia e que sejam compatíveis com a solicitação médica ou de outro profissional com poderes para tal, a qual deverá estar anexada a guia.
- d) Coletar após realizar o procedimento a assinatura do paciente ou do responsável/acompanhante.
- e) Solicitar ao profissional que realizou o procedimento sua assinatura na guia.
- f) Enviar ao CISAMARP ao final de cada competência as guias físicas devidamente assinadas e as solicitações médicas, nos prazos estipulados pelo consórcio.
- g) Remeter ao CISAMARP mensalmente junto com a produção as Certidões Negativas de Débitos que se refere o item 31.4 de "a" a "e".
- h) Emitir mensalmente para o CISAMARP: relatório próprio do sistema informatizado.
- i) Não registrar no sistema as guias que estejam em desacordo com os itens "c", "d" e "e".
- j) Não agendar procedimentos que não constem em Cláusula do Termo de Credenciamento ou de aditivos ao mesmo.
- k) Preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pelo CISAMARP, inclusive o de contra-referência (consultas);

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- l) Utilizar o sistema informatizado disponibilizado gratuitamente pelo CREDENCIANTE, registrando as guias de pacientes atendidos, no ato da consulta ou diariamente, até os prazos estabelecidos pelas competências definidas no sistema;
- m) Utilizar o bloco de receituário / requisição de exames fornecido gratuitamente pelo CISAMARP, para uso exclusivo com pacientes atendidos via CISAMARP. Não utilizar formulário próprio do prestador de serviço para os pacientes encaminhados via CISAMARP;
- n) Conceder até 1 retorno de consulta, sem pagamento, pelo prazo de até 30 dias após a consulta, para reavaliação e/ou para apresentação de exames solicitados; nesse caso será emitida guia com o procedimento consulta de retorno com valor R\$ 0,00;
- o) Emitir laudo técnico de todos os exames realizados, que assim o exijam, e entregar ao paciente;
- p) Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade excepcional de prestar serviços por motivos particulares, definindo período de não atendimento
- q) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, informando no mesmo que presta serviço ao SUS, atendimento ambulatorial SUS, Profissional SUS, Serviços SUS;
- r) Solicitar junto ao Gestor municipal do SUS do município onde se localiza a empresa e/ou filial que a inclua no SCNES como prestador de serviços como terceiro;
- s) Atender o(s) paciente(s) encaminhado(s) sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios;
- t) Não realizar nenhuma forma de cobrança, e tampouco extra, dos entes consorciados ou dos pacientes, mesmo que a título de complementação de valores;
- u) Manter atualizados os documentos de cada profissional que presta serviços ao CISAMARP, enviando para este, sempre que houver inclusão de novos profissionais no quadro de funcionários, os documentos que o habilitam a prestar o serviço elencado em Termo de Credenciamento;
- v) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento;
- w) Fornecer Nota Fiscal do aparelho e garantia mínima de 1 ano, cobrindo eventuais problemas, na forma da lei.
- x) Fornecer juntamente com o aparelho quando necessário e conforme o tipo de aparelho: 02 Moldes, 02 hastes para adaptação aberta, 02 Olivas e 01 cartela com 6 pilhas.
- y) Conceder até 3 retornos de adaptação sem cobrança adicional, para perfeita adaptação do aparelho ao paciente.
- z) Ter em seu quadro de funcionários todos os profissionais necessários a execução dos procedimentos para adaptação do aparelho ao paciente, sem que o ente tenha que intervir com qualquer tipo de profissional.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- aa) Disponibilizar na própria Clínica todos os procedimentos que constam na tabela de valores do edital de credenciamento nº 01/2024 (ANEXO IX).
- bb) Fornecer Certificado de Garantia do aparelho ao paciente.
- cc) Inserir no ato de registro da guia da cobrança do aparelho, o número de série do mesmo em campo específico do sistema informatizado do CISAMARP.

## 29. DO APARELHO AUDITIVO

### 29.1 Deve ter no mínimo as seguintes características:

| Tipo A   | Tipo B  | Tipo C  |
|--|---|---|
| Digital  | Digital programável   | Digital programável   |
| 4 canais*  | 9 canais*   | 16 canais*  |
| Controle de volume Manual ou automático                | <b>Controle de volume Manual ou automático</b>                | <b>Controle de volume Manual ou automático</b>                |
| Compressão não linear                                  | <b>Compressão não linear</b>                                  | <b>Compressão não linear</b>                                  |
| Entrada de áudio nos retro auriculares convencionais   | <b>Entrada de áudio nos retro auriculares convencionais</b>   | <b>Entrada de áudio nos retro auriculares convencionais</b>   |
| Gerenciador de microfonia ativos sem redução de ganho. | <b>Gerenciador de microfonia ativos sem redução de ganho.</b> | <b>Gerenciador de microfonia ativos sem redução de ganho.</b> |
| Bobina telefônica**                                    | <b>Bobina telefônica Manual ou automática**</b>               | <b>Bobina telefônica Manual ou automática**</b>               |
| Microfone omni ou direcional                           | <b>Microfone omni ou direcional fixo</b>                      | <b>Microfone omni e direcional adaptativo</b>                 |
|  | <b>Dois programas de áudio Manual ou automático</b>           | <b>Três programas de áudio Manual ou automático</b>           |
|  | <b>Redução de Ruído</b>                                       | <b>Redução de Ruído</b>                                       |
|  | <b>Registro de dados de uso</b>                               | <b>Registro de dados de uso</b>                               |

\* Como alguns fornecedores de AASI não utilizam o sistema de canais, se aceita a expressão ajuste independente do ganho acústico e saída em determinado número de regiões de frequência.

\*\* Se houver espaço no dispositivo.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7AB-91C9-593F> e informe o código C2D1-E7AB-91C9-593F



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 30. DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

30.1 O CREDENCIADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, ao CISAMARP e aos entes consorciados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou prepostos.

## 31. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

31.1 O pagamento será efetuado até o dia 20 do mês subsequente ao mês da prestação do serviço para os atendimentos que foram realizados e incluídos no sistema informatizado até o dia do fechamento da competência, o qual será divulgado antecipadamente ao CREDENCIADO, desde que não se enquadrem nas glosas do item 32 deste edital.

31.2 É fator condicionante para pagamento o recebimento pelo Consórcio da Nota Fiscal correspondente ao serviço prestado e aparelhos disponibilizados, contendo na mesma os procedimentos realizados, conforme valor constante na fatura emitida pelo sistema informatizado, e pelo recebimento das guias impressas emitidas pelos entes consorciados, devidamente assinadas em todos seus campos por cada um dos responsáveis indicados, bem como, pela apresentação do pedido médico ou outro profissional habilitado para tal, anexado a guia.

31.3 O pagamento do valor mensal conforme a produção será realizado por transferência bancária em conta corrente, indicada pelo CREDENCIADO, a qual deverá estar vinculada ao CNPJ da CREDENCIADA. Não será realizado pagamento em espécie.

31.4 O pagamento estará condicionado ainda à apresentação das seguintes certidões :

- a) Certidão Negativa de Débitos: FGTS (imprimir em <https://consultacrf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>;
- b) Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União. (imprimir em <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/certidao/cndconjuntainter/informanicertidao.asp?tipo=1>);
- c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; (imprimir em <http://www.tst.jus.br/certidao/>);
- d) Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual; (imprimir em <https://tributario.sef.sc.gov.br/tax.NET/Sat.CtaCte.Web/SolicitacaoCnd.aspx>);
- e) Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica; (imprimir da página do órgão na internet);

## 32. DAS GLOSAS

32.1 Serão glosadas as guias e/ou procedimentos que não estejam em conformidade com os itens abaixo:

- a) Ausência na guia física de assinatura do paciente ou do Prestador de Serviço, ou do profissional responsável pela emissão da guia.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- b) Divergência de procedimentos entre solicitação de profissional habilitado e procedimento liberado na guia.
- c) Guia lançada no sistema, porém, não apresentada guia física.
- d) Nova Consulta cobrada anterior ao prazo de 30 dias.
- e) Solicitação médica ou de profissional habilitado sem identificação do paciente.
- f) Ausência de solicitação médica ou de profissional habilitado anexa à guia.

32.2 Guias e/ou procedimentos glosados serão devolvidas, para serem realizadas as adequações e devolvidas preferencialmente na produção seguinte.

### 33. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias:

33.90.39- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

33.90.30 – Outros materiais de Consumo.

### 34. ANEXOS

34.1 Integram o presente instrumento os seguintes anexos:

ANEXO IX – TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP

ANEXO X - FLUXO

ANEXO XI – SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

ANEXO XII – DECLARAÇÃO EMPREGO DE MENOR, FATOS IMPEDITIVOS E INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO

ANEXO XIII – SOLICITAÇÃO DE USUÁRIO DO SISTEMA

ANEXO XIV – MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR

Disposições Legais: Lei nº 14.133/21, Lei nº 8080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001 e Norma Operacional Básica - NOB 01/96 e demais legislações aplicáveis.

### 35. OBJETO

35.1 O presente Edital tem por objeto o Credenciamento para prestação de Serviços de Consultas Especializadas, Exames de Diagnósticos, Internações e outros, elencados na TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP anexo XV deste edital, para atendimento da demanda SUS dos entes consorciados ao CISAMARP.

35.2 A finalidade deste Edital é disciplinar o credenciamento de pessoas jurídicas tornando-as aptas a contratar com o CISAMARP, podendo originar contratação futura conforme o objeto e na forma descrita neste instrumento. O ato do credenciamento em si, não gera o direito subjetivo ao Termo de Credenciamento.

### 36. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

36.1 Os serviços, quando CREDENCIADOS, deverão ser prestados em instalações próprias ou locadas pelo prestador CREDENCIADO, facultando ao mesmo definir dias e horários específicos de atendimento, ou a livre demanda.

36.2 Poderá o CISAMARP, a seu critério, conforme necessidade e disponibilidade, ofertar espaço físico e equipamentos médicos para atendimento de serviços CREDENCIADOS em dependências próprias ou salas locadas. Cabe somente ao CISAMARP decidir quanto à possibilidade de oferta de equipamentos. Não sendo de seu interesse e/ou possibilidade, os equipamentos médicos necessários à prestação do serviço serão disponibilizados pelo CREDENCIADO, que será o responsável pela compra/locação e manutenção dos mesmos, sem custos extras ao CISAMARP.

### 37. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

37.1 Poderão apresentar proposta de credenciamento pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste edital, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório dos serviços que se dispõem a ofertar.

37.2 É vedado o credenciamento das pessoas jurídicas que:

- Cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei nº 14.133/21;
- Se encontrar em processo falimentar ou de recuperação judicial ou extrajudicial;
- Possuem em seu quadro social cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de empregados públicos vinculados ao CISAMARP, nem de

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

Prefeito, Vice-Prefeito e de Secretário Municipal de Saúde de qualquer um dos entes consorciados, conforme o art. 13 IV da Lei nº 14.133/21;

d) Possuem sócio administrador exercendo cargo, emprego ou função pública em qualquer um dos entes consorciados.

## 38. FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

38.1 Os interessados poderão se inscrever após a publicação deste Edital no Diário Oficial dos Municípios, apresentando para tanto os documentos relacionados no item 40.1 deste edital e os enviando para o endereço sede do CISAMARP, sito à Rodovia Municipal José Gheller nº 501, Bairro Santa Lúcia, no município de Videira/SC, das 8:00 às 11:30 e das 13:30 às 17:00 horas de segunda à sexta-feira.

38.2 Serão considerados credenciados os interessados que apresentarem os documentos enumerados no item 40.1 (pessoa Jurídica) deste instrumento, e aprovados pela comissão de licitação do CISAMARP.

38.3 Serão considerados aptos a prestação de serviços ao CISAMARP as pessoas jurídicas habilitadas pelo cumprimento deste edital, e que forem convocados a assinar o Termo de Credenciamento.

38.4 O Termo de Credenciamento, poderá ser impresso pelo sistema informatizado disponibilizado pelo CISAMARP, através de login e senha, fornecido após o recebimento e aceitação da documentação de que trata o item 40.1 deste edital, ou em via física.

38.5 Poderá o CISAMARP, a seu critério, determinar que os documentos relacionados no item 40 deste edital devam ser remetidos digitalmente.

## 39. FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

39.1 Encaminhar documentos que por sua constituição sejam eletronicamente emitidos via sistema fornecido pelo consórcio, conforme instruções detalhadas a serem informadas via email para o interessado no credenciamento.

39.2 Da mesma forma os documentos assinados digitalmente deverão ser anexados no sistema fornecido pelo consórcio.

39.3 Acesso ao sistema se dará por usuário e senha específico para cada credenciando.

## 40. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

40.1 Habilitação Jurídica:

40.1.1 Solicitação de Credenciamento (Anexo XVI); (**assinado digitalmente**).

40.1.2 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ); (imprimir da página da Receita Federal na internet);

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

40.1.3 Certidão Simplificada atualizada emitida pela Junta Comercial em caso de Sociedade Empresária; em caso de Sociedade Simples ou Associação, Estatuto autenticado pelo Cartório de Títulos e Documentos, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, devidamente autenticado ou com assinatura digital em caso de documento digital; **(imprimir em <http://www.jucesc.sc.gov.br/index.php/servicos/certidoes/solicitar-certidao-simplificada>).**

## 40.2 Regularidade Fiscal e Trabalhista:

40.2.1 Certidão Negativa de Débitos: FGTS **(imprimir em <https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>);**

40.2.2 Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União. **(imprimir em <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/certidao/cndconjuntainter/informanicertidao.asp?tipo=1>);**

40.2.3 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; **(imprimir em <http://www.tst.jus.br/certidao>);**

40.2.4 Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual; **(imprimir em <https://tributario.sef.sc.gov.br/tax.NET/Sat.CtaCte.Web/SolicitacaoCnd.aspx>);**

40.2.5 Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica; **(imprimir da página do órgão na internet);**

## 40.3 Qualificação Econômico-Financeira:

40.3.1 Certidão de Falência e Concordata emitida pelo Poder Judiciário **(imprimir em <https://esaj.tjsc.jus.br/sco/abrirCadastro.do> ou <https://certeproc1g.tjsc.jus.br/>);**

## 40.4 Qualificação Técnica:

40.4.1 Cópia do Comprovante de Inscrição no Conselho Profissional correspondente a categoria profissional, do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços e/ou Carteira de Identidade Profissional.

40.4.2 Cópia da Carteira de Identidade e CPF; caso não constem os números na Carteira de Identidade Profissional.

40.4.3 Cópia do Diploma de graduação, frente e verso;

40.4.4 Cópia do Comprovante de especialização na área pretendida, do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços;

## 40.5 Documentos complementares:

40.5.1 Dados do CNES (Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde); **(imprimir em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>);**

40.5.2 Alvará Sanitário em validade emitido pela Vigilância Sanitária.

40.5.3 Declaração do interessado de que não possui, em seu quadro de pessoal, empregado(s) com menos de 16 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e qualquer empregado menor de 16 (dezesesseis) anos salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1998 (Lei n.º 9.854/99); De Inexistência de Fatos Impeditivos; Declaração firmada pelo

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

representante legal da instituição de que seus sócios e/ou diretores não ocupam cargo, emprego ou função pública / Declaração de inexistência de nepotismo CREDENCIANTE (Anexo XIX). **(assinado digitalmente)**.

40.5.4 Cópia Contrato/Convênio de Controle de Qualidade (SBAC, SBPC, ou renovação anual). Para estabelecimentos de Análises Clínicas. (Documento assinado digitalmente ou autenticar cópia).

40.5.5 Cópia do Projeto Terapêutico (para Clínica de tratamento de dependentes químicos).

40.5.6 As atividades a serem executadas pela empresa/ código e descrição das atividades econômicas devem ser compatíveis com o objeto do presente edital.

**40.6** Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em uma das seguintes formas:

Os documentos necessários à habilitação deverão ser inseridos no sistema fornecido pelo consórcio conforme instruções constantes nos itens 39.1, 39.2 e 39.3:

**40.7** São válidos os documentos:

- a) Inseridos via sistema informatizado do CISAMARP;
- b) Publicação dos documentos em órgão da imprensa oficial.
- c) Gerados automaticamente por sistemas disponíveis na internet.
- d) Assinado digitalmente por certificado digital ICP-Brasil.
- e) Via original juntamente com as cópias, as quais serão autenticadas por servidor do CISAMARP. (não dispensada a inserção no sistema fornecido pelo consórcio).
- f) Cópia autenticada por cartório competente (nesse caso, anexar no sistema os documentos e enviá-los fisicamente ao CISAMARP).

**41. PROCEDIMENTO DO CADASTRO**

41.1 Apresentar os documentos constantes no item 40, nos termos do item 39 deste edital.

41.2 O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação. Não será aceito cadastro com documentação incompleta.

41.3 A Comissão Permanente de Licitações terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para responder a questionamentos.

41.4 Se a solução dada ao questionamento motivar alterações no presente Edital de Credenciamento será imediatamente informado.

**42. TERMO DE CREDENCIAMENTO.**

42.1 Após análise e aprovação da documentação de credenciamento pela Comissão, estará o prestador apto contratar com o CISAMARP, quando poderá ser emitido o Termo de Credenciamento o qual somente terá validade após assinado pelo representante do consórcio.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

42.2 O Termo de Credenciamento poderá ter sua duração prorrogada por até 10 (dez) anos, nos termos dos art. 106 a 108, da Lei nº 14.133/21.

42.3 O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado se ficar demonstrado que o CREDENCIADO/CREDENCIADA deixou de satisfazer as exigências estabelecidas nos mesmos, bem como se deixar de atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

42.4 A qualquer tempo o Termo de Credenciamento poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pela Direção Executiva do CISAMARP, por solicitação dos Prefeitos(as) e/ou dos Secretários de Saúde, pela alteração ou criação de leis, normas ou portarias do SUS, bem como para inclusão ou supressão de procedimentos solicitada oficialmente pelo prestador de serviços, desde que apresentem toda a habilitação necessária.

42.5 O prestador habilitado, quando convocado a firmar o Termo de Credenciamento correspondente, terá o prazo de até **05 (cinco) dias úteis** para assinar o documento, podendo ser o prazo prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pelo prestador e desde que ocorra motivo justificado, aceito pelo CISAMARP.

## 43. DO VALOR

43.1 A remuneração será em conformidade com o ANEXO XV - TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP, nos valores constantes na mesma, e serão pagos conforme a quantidade e os tipos de procedimentos realizados mensalmente.

## 44. DA ALTERAÇÃO DA TABELA E DO REAJUSTE DE VALORES

44.1 A TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP (anexo XV) poderá sofrer alterações, na vigência deste edital, como inclusão e exclusão de procedimento(s) e alteração de valor(es), desde que aprovadas no mínimo por decisão dos Secretários de Saúde ou da Assembleia de Prefeitos dos entes consorciados, e por consequência provocarão alterações nos Termos de Credenciamento, mesmo nos já firmados.

44.2 As decisões citadas no item anterior serão ratificadas pelo presidente do consórcio CISAMARP por meio de resolução, e publicadas em diário oficial.

## 45. DA FORMA DE REALIZAÇÃO E REQUISITOS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO.

### 45.1 CABE AO ENTE CONSORCIADO:

- Atender o paciente que procura o serviço de saúde.
- Inserir o paciente no sistema de regulação SISREG, ou outro que venha a substituí-lo.
- À sua conveniência, e aos princípios do SUS e da capacidade financeira definir quais procedimentos serão autorizados para o paciente.
- Fazer contato com o prestador de serviço escolhido e agendar o procedimento.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

e) Emitir no sistema informatizado do CISAMARP a guia de autorização, imprimi-la, anexar na guia a solicitação médica ou de outro profissional competente, assiná-la e entregá-la ao paciente.

## 45.2 CABE AO PRESTADOR DE SERVIÇO:

- a) Atender todos os pacientes encaminhados pelos entes consorciados ao CISAMARP, em consultório ou clínica própria, em horário de expediente normal, pré-definido, ou em local cedido por este consórcio, em datas, local e por conveniência deste.
- b) Atender somente aos pacientes encaminhados pelas Secretarias de Saúde, que tenham sido previamente agendados e que portem a guia de autorização emitida no sistema informatizado do CISAMARP, a qual deverá estar assinada por funcionário da Secretaria de Saúde e acompanhada da solicitação médica. O atendimento que for realizado sem autorização não será pago.
- c) Realizar somente os procedimentos autorizados na guia e que sejam compatíveis com a solicitação médica ou de outro profissional com poderes para tal, a qual deverá estar anexada a guia.
- d) Coletar após realizar o procedimento a assinatura do paciente ou do responsável/acompanhante.
- e) Solicitar ao profissional que realizou o procedimento sua assinatura na guia.
- f) Enviar ao CISAMARP ao final de cada competência as guias devidamente assinadas e as solicitações médicas, nos prazos estipulados pelo consórcio.
- g) Não registrar no sistema as guias que estejam em desacordo com os itens “c”, “d” e “e”.
- h) Não agendar procedimentos que não constem na no Termo de Credenciamento ou de aditivos ao mesmo.
- i) Preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pelo CISAMARP, inclusive o de contra-referência (consultas);
- j) Utilizar o sistema informatizado disponibilizado gratuitamente pela CREDENCIANTE, registrando as guias de pacientes atendidos, no ato da consulta ou diariamente, até os prazos estabelecidos pelas competências definidas no sistema;
- K) Emitir mensalmente para o CISAMARP: relatório próprio do sistema informatizado
- l) Conceder retorno de consulta, sem pagamento ou emissão de nova guia, pelo prazo de até 30 dias após a consulta, para reavaliação e/ou para apresentação de exames solicitados;
- m) Emitir laudo técnico de todos os exames realizados, que assim o exijam, e entregar ao paciente;
- n) Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade de prestar serviços por motivos particulares, definindo período de não atendimento;
- o) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, informando no mesmo quando presta serviço ao SUS, atendimento ambulatorial SUS, Profissional SUS, Serviços SUS.
- p) Solicitar junto ao Gestor municipal do SUS do município onde se localiza a empresa que a inclua no SCNES como prestador de serviços como terceiro ao CISAMARP.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- q) Atender o(s) paciente(s) encaminhado(s) sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios.
- r) Não realizar nenhuma forma de cobrança, e tampouco extra, dos entes consorciados ou dos pacientes, mesmo que a título de complementação de valores.
- s) Manter atualizados os documentos de cada profissional que presta serviços ao CISAMARP, enviando para este, sempre que houver inclusão de novos profissionais no quadro de funcionários, os documentos que o habilitam a prestar o serviço elencado no Termo de Credenciamento.
- t) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento.

## 46. DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

O CREDENCIADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, ao CISAMARP e aos entes consorciados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou prepostos.

## 47. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

47.1 O pagamento será efetuado no dia 20 do mês subsequente ao mês da prestação do serviço para os atendimentos que foram realizados e incluídos no sistema informatizado até o dia do fechamento da competência, o qual será divulgado antecipadamente ao CREDENCIADO.

47.2 É fator condicionante para pagamento o recebimento pelo Consórcio da Nota Fiscal correspondente ao serviço prestado, conforme valor constante na fatura emitida pelo sistema informatizado, e pelo recebimento das guias impressas emitidas pelos entes consorciados, devidamente assinadas em todos seus campos por cada um dos responsáveis indicados, bem como, pela apresentação do pedido médico anexado a guia.

47.3 O pagamento do valor mensal conforme a produção será realizado por transferência bancária em conta corrente, indicada pelo prestador CREDENCIADO, no banco de sua escolha, e que o CREDENCIADO assumirá o ônus que porventura existir. Não será realizado pagamento em espécie.

47.4 Qualquer atraso nesse repasse será entendido como caso fortuito, alheio à vontade do Consórcio e não o sujeitará a atualização monetária, incidência de juros ou quebra do Termo de Credenciamento.

47.5 Para pessoa Jurídica, o pagamento estará condicionado ainda à apresentação da Certidão de Regularidade dos Encargos Previdenciários, e ainda a CND das certidões solicitadas no item 40.1.

### 47.6 DAS GLOSAS

47.6.1 Serão glosadas as guias e/ou procedimentos que não estejam em conformidade com os itens abaixo:

- a) Ausência na guia física de assinatura do paciente ou do Prestador de Serviço, ou do profissional responsável pela emissão da guia.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- b) Divergência de procedimentos entre solicitação de profissional habilitado e procedimento liberado na guia.
- c) Guia lançada no sistema, porém, não apresentada guia física.
- d) Nova Consulta cobrada anterior ao prazo de 30 dias.
- e) Solicitação médica ou de profissional habilitado sem identificação do paciente.
- f) Ausência de solicitação médica ou de profissional habilitado anexa à guia.ee

47.6.2 Guias e/ou procedimentos glosados serão devolvidas, para serem realizadas as adequações e devolvidas preferencialmente na produção seguinte.

## 48. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias:

33.90.39- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

33.90.30 – Outros materiais de Consumo.

## 49. INTEGRAM O PRESENTE INSTRUMENTO OS SEGUINTE ANEXOS:

ANEXO XV – Tabela de Procedimentos CISAMARP

ANEXO XVI – Solicitação de Credenciamento

ANEXO XVIII – Termo de Credenciamento

ANEXO XIX – DECLARAÇÃO EMPREGO DE MENOR, FATOS IMPEDITIVOS E INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO

ANEXO XX - Solicitação de usuário do sistema

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS

Disposições Legais: Lei nº 14.133/21, Lei nº 8080/90, Portarias nº 1.606/01, e 2.567/16 do Ministério da Saúde, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, ou posterior e demais legislações aplicáveis.

### 50. OBJETO

50.1 O presente Edital tem por objeto o Credenciamento para prestação de serviços de saúde a serem realizados, em local cedido pelo ente consorciado, nas seguintes áreas:

- ~~CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO);~~
- ~~CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO);~~
- ~~EXAMES E PROCEDIMENTOS (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO).~~

- a) **CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO);**
- b) **CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO);**
- c) **ULTRASSONOGRÁFIAS (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO) COM EQUIPAMENTO FORNECIDO PELO MUNICÍPIO (apenas no caso de disponibilidade de equipamento pelo município). (Incluído)**
- d) **ULTRASSONOGRÁFIAS (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO) COM EQUIPAMENTO FORNECIDO PELO CREDENCIADO. (Incluído)**
- e) **EXAMES E PROCEDIMENTOS (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO) COM EQUIPAMENTO FORNECIDO PELO CREDENCIADO. (Alterado)**
- f) **PRÓTESES DENTÁRIAS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS. (Incluído)**

50.1.1 O prestador que for realizar ultrassonografias na sede do ente consorciado, deverá na solicitação de credenciamento escolher a modalidade de atendimento (com equipamento próprio **ou** com equipamento cedido pelo ente consorciado), devendo estar ciente que ao escolher o atendimento com equipamento do ente consorciado não poderá atender com o próprio equipamento, e vice e versa. Deve ainda o prestador estar ciente de que o ente consorciado não é obrigado a dispor de equipamentos, podendo ficar o prestador ocioso caso não haja equipamentos disponíveis. (Incluído)

50.2 A finalidade deste Edital é disciplinar o credenciamento de pessoas jurídicas tornando-as aptas a contratar com o CISAMARP, podendo originar contratação futura conforme o objeto e na forma descrita neste Edital. O ato de credenciamento em si, não gera o direito subjetivo ao Termo de Credenciamento.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

50.3 Os serviços de saúde nas áreas supracitadas serão realizadas em local cedido pelo ente consorciado, em horário de expediente do mesmo E/OU fora do horário de expediente a critério exclusivo do ente consorciado caberá à empresa a obrigatoriedade em trazer aparelhagem para realização das consultas, exceto mobiliário, bem como preenchimento dos formulários do SUS/ Sistema único de Saúde.

Os serviços deverão ser prestados em local cedido pelo ente consorciado, o qual deverá ter condições adequadas à destinação que se presta.

## 51. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

51.1 Os serviços, quando credenciados, deverão ser prestados em local cedido pelo ente consorciado, facultando ao mesmo, definir dias e horários específicos em que tem disponibilidade para receber o serviço.

51.2 O custo de deslocamento, equipe e outras despesas que possam vir ocorrer no decorrer do credenciamento/ Termo de Credenciamento, é de inteira responsabilidade do prestador de serviço credenciado.

## 52. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

52.1 Poderão apresentar proposta de credenciamento pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste edital, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório dos serviços que se dispõem a ofertar.

52.2 É vedado o credenciamento das pessoas jurídicas que:

- Cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei nº 14.133/21;
- Se encontrar em processo falimentar ou de recuperação judicial ou extrajudicial;
- Possuem em seu quadro social cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de empregados públicos vinculados ao CISAMARP, nem de Prefeito, Vice-Prefeito e de Secretário Municipal de Saúde de qualquer um dos entes consorciados, conforme o art. 13 IV da Lei nº 14.133/21;
- Possuem sócio administrador exercendo cargo, emprego ou função pública em qualquer um dos entes consorciados.

## 53. FORMA DE CREDENCIAMENTO

53.1 Os interessados poderão solicitar o credenciamento após a publicação deste edital no Diário Oficial dos Municípios, devendo, inicialmente, enviar por e-mail ([municipios@cisamarp.sc.gov.br](mailto:municipios@cisamarp.sc.gov.br)) o cartão de CNPJ com endereço atualizado, para que seja gerado um usuário e senha que serão enviados para o email informado pelo interessado. Com esses, o interessado em credenciar deverá acessar o sistema disponibilizado pelo CISAMARP anexar a documentação que trata o item 55 deste edital.

53.2 Poderá o CISAMARP, a seu critério, determinar que os documentos relacionados no item 55 deste edital devam ser remetidos digitalmente.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

53.3 Serão considerados credenciados os interessados que apresentarem os documentos enumerados no item 55 (pessoa Jurídica) deste instrumento, e aprovados pela comissão de licitação do CISAMARP.

53.4 Serão considerados aptos a prestação de serviços ao CISAMARP as pessoas jurídicas habilitadas pelo cumprimento deste edital, e que forem convocados a assinar o Termo de Credenciamento.

53.5 O Termo de Credenciamento, poderá ser impresso pelo sistema informatizado fornecido pelo CISAMARP, através de login e senha, disponibilizado após o recebimento e aceitação da documentação de que trata o item 55 deste edital, ou em via física.

## 54. FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

54.1 Encaminhar documentos que por sua constituição sejam eletronicamente emitidos via sistema fornecido pelo consórcio, conforme instruções detalhadas a serem informadas via email para o interessado no credenciamento.

54.2 Da mesma forma os documentos assinados digitalmente deverão ser anexados no sistema fornecido pelo consórcio.

54.3 Acesso ao sistema se dará por usuário e senha específico para cada credenciando.

## 55. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

### 55.1 Habilitação Jurídica:

55.1.1 Solicitação de Credenciamento firmado pelo administrador da empresa constante no Contrato Social (Anexo XXII); **(Assinado digitalmente)**

55.1.2 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ); (imprimir da página da Receita Federal na internet);

55.1.3 Certidão Simplificada atualizada emitida pela Junta Comercial em caso de Sociedade Empresária; em caso de Sociedade Simples ou Associação, Estatuto autenticado pelo Cartório de Títulos e Documentos, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, devidamente autenticado ou com assinatura digital em caso de documento digital; (imprimir em <http://www.jucesc.sc.gov.br/index.php/servicos/certidoes/solicitar-certidao-simplificada>)

### 55.2 Regularidade Fiscal e Trabalhista:

55.2.1 Certidão Negativa de Débitos: FGTS (imprimir em <https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>);

55.2.2 Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União. (imprimir em <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/certidao/cndconjuntainter/informanicertidao.asp?tipo=1>);

55.2.3 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; (imprimir em <http://www.tst.jus.br/certidao/>);

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 55.7 São válidos os documentos:

- a) Inseridos via sistema informatizado do CISAMARP;
- b) Publicação dos documentos em órgão da imprensa oficial.
- c) Gerados automaticamente por sistemas disponíveis na internet.
- d) Assinado digitalmente por certificado digital ICP-Brasil.
- e) Via original juntamente com as cópias, as quais serão autenticadas por servidor do CISAMARP. (não dispensada a inserção no sistema fornecido pelo consórcio).
- f) Cópia autenticada por cartório competente (nesse caso, anexar no sistema os documentos e enviá-los fisicamente ao CISAMARP).

## 56. PROCEDIMENTO DO CADASTRO

56.1 Apresentar os documentos constantes nos itens 55 nos termos deste edital.

56.2 O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos documentos de habilitação. Não será aceito cadastro com documentação incompleta.

56.3 A Comissão Permanente de Licitações terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para responder a questionamentos.

## 57. TERMO DE CREDENCIAMENTO.

57.1 Após análise e aprovação da documentação de credenciamento pela Comissão, estará o prestador apto a contratar com o CISAMARP, quando poderá ser emitido o Termo de Credenciamento o qual somente terá validade após assinado pelo representante do consórcio.

57.2 Termo de Credenciamento poderá ter sua duração prorrogada por até 10 (dez) anos, nos termos dos art. 106 a 108, da Lei nº 14.133/21.

57.3 O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado se ficar demonstrado que o CREDENCIADO/CREDENCIADA deixou de satisfazer as exigências estabelecidas nos mesmos, bem como se deixar de atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

57.4 A qualquer tempo o Termo de Credenciamento poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pela Direção Executiva do CISAMARP, por solicitação dos Secretários de Saúde, pela alteração ou criação de leis, normas ou portarias do SUS, bem como para inclusão ou supressão de procedimentos solicitada oficialmente pelo prestador de serviços, desde que apresentem toda a habilitação necessária.

57.5 O prestador habilitado, quando convocado a firmar o Termo de Credenciamento correspondente, terá prazo de até **05 (cinco) dias úteis** para assinar o documento, podendo ser o prazo prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pelo prestador e desde que ocorra motivo justificado, aceito pelo CISAMARP.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 58. DO VALOR

58.1 A remuneração será em conformidade com o **ANEXO XXI - TABELA DE PROCEDIMENTOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS**, nos valores constantes na mesma, e serão pagos conforme a quantidade dos consultas/procedimentos realizados mensalmente.

## 59 -DA ALTERAÇÃO DA TABELA E DO REAJUSTE DE VALORES

59.1 A **TABELA DE PROCEDIMENTOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS** (ANEXO XXI) poderá sofrer alterações, na vigência deste edital, como inclusão e exclusão de procedimentos e alteração de valor(es), desde que aprovados no mínimo por decisão dos(as) Secretários(as) de Saúde e ratificado por ato do Presidente deste consórcio, e por consequência provocarão alterações nos Termos de Credenciamento, mesmo nos já firmados.

59.2 As decisões citadas no item anterior serão ratificadas pelo Presidente do consórcio CISAMARP por meio de resolução, e publicadas em diário oficial.

## 60- DA FORMA DE REALIZAÇÃO E REQUISITOS PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO.

### 60.1 CABE AO ENTE CONSORCIADO:

- a) Atender o paciente que procura o serviço de saúde.
- b) Inserir quando couber, o paciente no sistema de regulação SISREG, ou outro que venha a substituí-lo.
- c) Fornecer sala disponível adequada ao tipo de atendimento que o profissional realizará para atender os pacientes.
- d) Deverá ter a demanda de 16 consultas por período (a critério médico poderá haver atendimento com quantidade menor).
- e) Solicitar com antecedência de no mínimo 07 dias para prestação do serviço.
- f) A seu critério e conveniência, caso não haja demanda conforme item "d" para que o profissional se desloque para atendimento, aglutinar a demanda e o atendimento com outro ente consorciado.
- g) Auxiliar no agendamento dos pacientes, bem como fazer a triagem dos mesmos no dia atendimento.
- h) Emitir no sistema informatizado do CISAMARP a guia de autorização, imprimi-la, anexar na guia a solicitação médica ou de outro profissional competente, assiná-la e entregá-la ao paciente.
- i) Orientar o paciente a levar os exames que já possui pertinentes a sua doença no dia do atendimento, em especial nas consultas.
- j) Agendar somente o paciente já referenciado para a especialidade/procedimento.
- k) À sua conveniência, e aos princípios do SUS e da capacidade financeira definir quais os procedimentos que serão autorizados para o paciente.
- l) Disponibilizar ambiente físico adequado para a realização das Consultas, exames e procedimentos;
- m) Disponibilizar de enfermeiro ou técnico de enfermagem para acompanhamento dos exames procedimentos.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- u) Atender o(s) paciente(s) encaminhado(s) sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios;
- v) Não realizar nenhuma forma de cobrança, e tampouco extra, dos entes consorciados ou dos pacientes, mesmo que a título de complementação de valores;
- w) Manter atualizados os documentos de cada profissional que presta serviços ao CISAMARP, enviando para este, sempre que houver inclusão de novos profissionais no quadro de funcionários, os documentos que o habilitam a prestar o serviço elencado no Termo de Credenciamento;
- x) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento, bem como o custo com deslocamento e equipe para atendimento;
- ~~y) Atender a demanda agendada, com a meta de 16 pacientes por período, ou a seu critério em quantidade inferior.~~

**y) Atender a demanda agendada, com o máximo de 16 pacientes por período no caso de consultas médicas (máximo 32 por dia), ou a seu critério em quantidade inferior.**

- z) Adequar-se ao horário de funcionamento da unidade de saúde para a qual foi designado cumprindo a quantidade de atendimentos agendados, a fim de garantir a cobertura de atendimento médico durante todo o período de funcionamento da unidade.
- aa) Prestar atendimento adequado aos usuários e fornecer as informações ao ente consorciado e/ou ao CISAMARP sobre os serviços prestados.
- bb) Zelar e responsabilizar-se pelo patrimônio público disponibilizado ao desempenho de suas atividades.
- cc) Realizar os registros de atendimento do paciente no prontuário físico ou digital disponibilizado pelo ente consorciado.
- ~~dd) Dispor de todo o equipamento necessário para realização de exames e procedimentos, bem como transportar até o local disponibilizado pelo ente consorciado;~~

**dd) Dispor de todo o equipamento necessário para realização de exames e procedimentos (insumos, máquinas e materiais), bem como transportar até o local disponibilizado pelo ente consorciado, quando escolher atender por esta modalidade;**

~~ee) Entregar o resultado dos exames e procedimentos preferencialmente no prazo de 15 (quinze) dias e nos casos urgentes no prazo de 05 (cinco) dias.~~

**ee) Entregar o resultado dos exames e procedimentos preferencialmente no prazo de até 05 (cinco) dias.**

**ff) Realizar a demanda agendada, com o máximo de 20 ultrassonografias por período (máximo 40 por dia), ou a seu critério em quantidade inferior. (incluído)**

**gg) Realizar a demanda agendada, com o máximo de 04 pacientes de próteses dentárias por período (máximo 08 por dia), ou a seu critério em quantidade inferior. (incluído)**

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 61-DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

61.1 O CREDENCIADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, ao CISAMARP e aos entes consorciados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou prepostos.

61.2 É de responsabilidade exclusiva e integral da CREDENCIADA a utilização de pessoal técnico e habilitado para a execução do objeto CREDENCIADO, despesas com deslocamento, viagens, alimentação, bem como a quitação dos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujas obrigações não serão transferidas ao Consórcio e nem ao ente consorciado.

## 62-CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

62.1 O pagamento será efetuado até o dia 20 do mês subsequente ao mês da prestação do serviço para os atendimentos que foram realizados e incluídos no sistema informatizado até o dia do fechamento da competência, o qual será divulgado antecipadamente ao CREDENCIADO, desde que não se enquadrem nas glosas do item 63 deste edital.

62.2 É fator condicionante para pagamento o recebimento pelo Consórcio da Nota Fiscal correspondente ao serviço prestado, contendo na mesma os procedimentos realizados, conforme valor constante na fatura emitida pelo sistema informatizado, e pelo recebimento das guias impressas emitidas pelos entes consorciados, devidamente assinadas em todos seus campos por cada um dos responsáveis indicados, bem como, pela apresentação do pedido médico ou outro profissional habilitado para tal, anexado a guia.

62.3 O pagamento do valor mensal conforme a produção será realizado por transferência bancária em conta corrente, indicada pelo CREDENCIADO, a qual deverá estar vinculada ao CNPJ da CREDENCIADA. Não será realizado pagamento em espécie.

62.4 O pagamento estará condicionado ainda à apresentação das seguintes certidões:

- Certidão Negativa de Débitos: FGTS (imprimir em <https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>;
- Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União. (imprimir em <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/certidao/cndconjuntainter/informanicertidao.asp?tipo=1>);
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; (imprimir em <http://www.tst.jus.br/certidao>);
- Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual; (imprimirem <https://tributario.sef.sc.gov.br/tax.NET/Sat.CtaCte.Web/SolicitacaoCnd.aspx>);
- Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica; (imprimir da página do órgão na internet);

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 63-DAS GLOSAS

63.1 Serão glosadas, até regularização, as guias e/ou procedimentos que não estejam em conformidade com os itens abaixo:

- a) Ausência na guia física de assinatura do paciente ou do Prestador de Serviço, ou do profissional responsável pela emissão da guia.
- b) Divergência de procedimentos entre solicitação de profissional habilitado e procedimento liberado na guia.
- c) Guia lançada no sistema, porém, não apresentada guia física.
- d) Nova Consulta cobrada anterior ao prazo de 30 dias.
- e) Solicitação médica ou de profissional habilitado sem identificação do paciente.
- f) Ausência de solicitação médica ou de profissional habilitado anexada à guia.

63.2 Guias e/ou procedimentos glosados serão devolvidas, para serem realizadas as adequações e devolvidas preferencialmente na produção seguinte.

## 64. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias:

33.90.39- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

33.90.30 – Outros materiais de Consumo.

## 65. INTEGRAM O PRESENTE INSTRUMENTO OS SEGUINTE ANEXOS:

ANEXO XXI – Tabela de Procedimentos CISAMARP

ANEXO XXII - Solicitação de Credenciamento

ANEXO XXIII– Declaração

ANEXO XXIV –Solicitação de usuário do sistema

ANEXO XXV – Minuta de Termo de Credenciamento

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## DISPOSIÇÕES GERAIS

### 66. VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO PÚBLICO

Este edital terá vigência pelo período de 36 (trinta e seis) meses, contados da data da publicação do aviso de abertura, podendo ser prorrogado automaticamente, por igual e sucessivos períodos. Sendo que o credenciamento ficará permanentemente aberto durante a vigência do edital.

### 67. DO DESCREDENCIAMENTO

67.1 Constituem motivo para o credenciamento:

- Deixar de atender requisição para prestação do serviço ou para promover a atualização dos documentos de habilitação e regularidade fiscal;
- Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica e/ou fiscal do credenciado;
- Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional exigido para a prestação dos serviços;
- As hipóteses previstas nos artigos 137 a 139, da Lei Federal nº 14.133/2021, sem prejuízo às sanções aplicáveis, na forma desta legislação.

67.2 A CREDENCIADA que descumprir injustificadamente as condições estabelecidas neste edital e no Termo de Credenciamento ficará sujeita ao credenciamento, sem prejuízo da aplicação cumulativa das sanções previstas nos respectivos instrumentos, assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa;

67.3 O CREDENCIANTE descredenciará a CREDENCIADA que não mantiver as condições exigidas para habilitação durante a vigência do Termo de Credenciamento, assim como aquele que rejeitar, injustificadamente, o atendimento de usuário do SUS;

67.4 Fica facultado à CREDENCIADA, a qualquer tempo, solicitar o seu credenciamento, mediante simples notificação com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência, sob pena de aplicação das sanções administrativas previstas neste instrumento;

67.5 A decisão de credenciamento ou suspensão do credenciamento, deverá ser devidamente motivada pelo CISAMARP, será precedida da concessão do prazo de 10 (dez) dias úteis para contestação, como garantia do direito ao contraditório e a ampla defesa.

67.6 O pedido expresso de reconsideração do credenciamento, deve ser apresentado em prazo de até 03 (três) dias úteis contados da aplicação da sanção, e será avaliado pelo CISAMARP e decidido no prazo de 05 (cinco) dias úteis após seu recebimento.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 68. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE DESCUMPRIMENTO DOS SERVIÇOS

Em caso de atraso injustificado no cumprimento dos serviços previamente agendados pelos entes consorciados, o CISAMARP poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao credenciado as sanções previstas no art. 156 da Lei 14.133/21 quando será aplicada à CREDENCIADA multa moratória de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do serviço agendado e não prestado ou em atraso, limitado a 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços a que a CREDENCIADA se comprometeu a ofertar até a data do encerramento do Termo de Credenciamento; aplicando-se para apuração do valor a tabela CISAMARP, bem como estará sujeito as demais sanções previstas na Lei nº 14.133/21.

## 69. RECURSOS E IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

69.1 É assegurado o direito de recurso, nos termos do art. 165 da Lei nº 14.133/21.

69.2 Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o presente edital.

69.3 O pedido da requerente deverá ser endereçado à Diretoria Executiva do CREDENCIANTE, no endereço citado no preâmbulo deste edital, contendo as razões do pedido, em até 3 dias úteis após a publicação do edital.

69.4 A decisão do pedido de esclarecimento, providência ou impugnação do edital deverá ser proferida no prazo de 3 (três) dias úteis, contado da data do protocolo do requerimento, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

69.5 Acolhida a impugnação, far-se-á a republicação do instrumento convocatório.

69.6 Das decisões proferidas pela Diretoria do CREDENCIANTE caberá recurso, endereçado ao Presidente do CISAMARP, no prazo de 3 (três) dias úteis, contado da data de publicação do ato.

Os recursos serão recebidos, analisados e julgados de acordo com a legislação vigente.

## 70. DA REVOGAÇÃO E ANULAÇÃO

O CISAMARP reserva-se ao direito de, justificadamente, anular ou revogar, no todo ou em parte, este Edital de Credenciamento, sem que caiba reclamação ou indenização de qualquer espécie.

## 71. DA PUBLICAÇÃO E OBTENÇÃO DO EDITAL

71.1 O presente Edital de Credenciamento será publicado no Diário Oficial dos Municípios – DOM- SC ([www.diariomunicipal.sc.gov.br](http://www.diariomunicipal.sc.gov.br)) e no portal do CREDENCIANTE ([www.cisamarp.sc.gov.br](http://www.cisamarp.sc.gov.br)) em atendimento aos princípios constitucionais da publicidade e transparência dos atos da administração pública.

## 72. DISPOSIÇÕES FINAIS

72.1 Comissão Permanente de Licitações, além do recebimento e exame da documentação, caberá o julgamento e o cumprimento às disposições aqui estabelecidas, bem como prestar esclarecimentos relativos ao presente Edital.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

Edital e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto. O atendimento para esclarecimentos e dúvidas pertinentes ao presente edital será de segunda a sexta-feira, em horário de expediente. Telefone para contato (49) 3531-1653 ou 3531-1663.

72.2 Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente EDITAL DE CREDENCIAMENTO.

72.3 O presente Edital de credenciamento/processo de inexigibilidade não afeta a validade dos Termos de Credenciamento firmados com base em processos/editais de inexigibilidade anteriores, e nem impede a prorrogação ou rescisão daqueles, na forma da lei.

72.4 A participação dos interessados mediante apresentação de habilitação para o credenciamento importará na declaração tácita da ciência e concordância com todos os termos do presente Edital.

72.5 Mediante Ato do Consórcio, os dispositivos e os valores do presente edital, poderão ser modificados de forma a preservar o interesse público.

72.6 O Presidente do Consórcio poderá revogar o credenciamento em face de razões de interesse público derivadas de fatos supervenientes devidamente comprovados, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação de qualquer pessoa, mediante ato escrito e fundamentado.

72.7 Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei Federal nº 14.133/2021, nos princípios de Direito Público e, subsidiariamente, com base em outras Leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

72.8 Quaisquer situações não previstas neste Edital serão analisadas e decididas pela Comissão Especial de Credenciamento, nomeada para este processo.

72.9 Ficam revogados todos os demais editais de credenciamentos vigentes até a presente data.

## 73. FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Videira (SC) para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente Edital ou dos instrumentos deste derivados.

Videira/SC, 26 de março de 2024.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## **ANEXOS EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2024** **CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS**

ANEXO III – TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP

ANEXO IV - SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

ANEXO V - DECLARAÇÃO EMPREGO DE MENOR, FATOS IMPEDITIVOS E INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO

ANEXO VI - SOLICITAÇÃO DE USUÁRIO DO SISTEMA

ANEXO VIII - MINUTA TERMO DE CREDENCIAMENTO.

CISAMARP

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**ANEXO III**  
**TABELA DE PROCEDIMENTOS**  
**CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

| ITEM | PROCEDIMENTO   | CÓDIGO CISAMARP | VALOR      |
|------|--|-----------------|------------|
| 1    | HOSPEDAGEM <u>COM PERNOITE</u> E TRASLADO <u>DE PACIENTE</u> EM CASA DE APOIO REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS         | 1080301432      | R\$ 115,11 |
| 2    | HOSPEDAGEM <u>COM PERNOITE</u> E TRASLADO DE <u>ACOMPANHANTE</u> EM CASA DE APOIO REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS     | 1080301433      | R\$ 115,11 |
| 3    | HOSPEDAGEM <u>SEM PERNOITE</u> , COM TRASLADO DE <u>PACIENTE</u> EM CASA DE APOIO REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS     | 1080301434      | R\$ 62,79  |
| 4    | HOSPEDAGEM <u>SEM PERNOITE</u> , COM TRASLADO DE <u>ACOMPANHANTE</u> EM CASA DE APOIO REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS | 1080301435      | R\$ 62,79  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7AB-91C9-593F> e informe o código C2D1-E7AB-91C9-593F





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**ANEXO IV**  
**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**  
**CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe – CISAMARP.

A Empresa: \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, Endereço: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_-\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO EDITAL nº 02/2024, objetivando o atendimento a demanda SUS dos entes consorciados ao CISAMARP, realizando para tanto os procedimentos abaixo elencados.

**RESPONSÁVEL PELA EMPRESA:**

NOME: \_\_\_\_\_  
Nº registro órgão de classe: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_  
RG nº: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EMPRESA:**

NOME: \_\_\_\_\_  
Nº registro órgão de classe: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_  
RG nº: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DA EMPRESA:**

Nome: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**Dados Bancários para depósito do pagamento: OBS: A CONTA DEVE SER VINCULADA AO CNPJ**

NomedoBanco: \_\_\_\_\_ Nº do banco: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ ContaCorrente: \_\_\_\_\_

Procedimentos a que se credencia anualmente:

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | QTDD |
|---------------|------------|------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |

**Obs1:** Adicionar a quantidade que julga conseguir realizar durante o ano (As quantidades acima descritas são meramente estimativas para organização orçamentaria e financeira do CREDENCIANTE e de seus entes consorciados, não gerando qualquer garantia de realização dos mesmos pela CREDENCIADA, a qual somente terá direito de quaisquer recebimentos financeiros após a regular prestação dos serviços, bem como, submetida a aprovação dos mesmos pelo departamento competente de controle e avaliação).

- Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos cedidos pelo CISAMARP, exclusivamente com pacientes encaminhados pelos entes consorciados via CISAMARP.
- Informo que concordo com todos os itens do edital de credenciamento 01/2024 e Valores da Tabela de Procedimentos CISAMARP.
- Assumimos o compromisso de utilizarmos o sistema informatizado disponibilizado pelo CISAMARP para o faturamento das guias.
- Estamos cientes de que somente deveremos atender paciente portador de guia específica do sistema CISAMARP, observando ainda o que segue:
  - Guia deve conter: a assinatura do profissional da Secretaria de Saúde que a imprimiu; e anexo a ela a solicitação do procedimento, assinada por profissional competente;
  - Coletar na guia a assinatura do paciente, responsável legal ou acompanhante.
  - Profissional que executou o procedimento deve assinar a guia.
- Temos em seu quadro de funcionários todos os profissionais necessários a execução dos procedimentos para adaptação do aparelho ao paciente, sem que o ente consorciado tenha que intervir com qualquer tipo de profissional.

, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20XX

\_\_\_\_\_  
Representante Legal  
Assinar digitalmente

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO EMPREGO DE MENOR, FATOS IMPEDITIVOS E INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024

A Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Sr. \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

**DECLARA, que:**

- Para fins do disposto no inciso VI, do art. 68, da Lei 14.133/21, acrescido pela Lei 9.854, de 27 de outubro de 1999, **que cumpre com o disposto no artigo 7, inc. XXXIII da CF:** Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social, em especial o inciso XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998](#));
- Inexistem fatos impeditivos para seu credenciamento, declarando-se ciente, ainda, quanto a obrigatoriedade de informar toda e quaisquer ocorrências posteriores;
- Aceita integralmente as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024, e que há capacidade técnica para a prestação do serviço e/ou fornecimento do material.
- Que seus Sócios e/ou Diretores não ocupam cargo, emprego ou função pública nos entes que integram o CREDENCIANTE;
- Que não possui em seu quadro de sócios cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de empregados públicos vinculados ao CREDENCIANTE nem de Prefeito, Vice-Prefeito e de Secretário Municipal de Saúde de qualquer dos entes consorciados;

Videira/SC \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura digital do Representante Legal

## ANEXO VI

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## Autorização de acesso a usuário do sistema fornecido pelo consórcio

### **CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS** **EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pela empresa \_\_\_\_\_, autorizo o CISAMARP a cadastrar o(s) usuário(s) abaixo discriminado(s), para ter(em) acesso ao programa de gerenciamento do CISAMARP.

Declaro estar ciente que todo usuário cadastrado terá acesso completo ao sistema, podendo incluir e deletar as confirmações de atendimento. Responsabilizo-me solidariamente pelo uso do sistema pelo funcionário cadastrado, bem como, por controlar e fiscalizar o uso.

Quando houver troca de funcionário, tenho ciência que devo informar o CISAMARP para que realize o bloqueio do acesso ao sistema.

Todos os usuários terão acesso a nomes de pacientes e procedimentos realizados, abaixo assinam e se comprometem a guardar sigilo sobre os dados acessados, se responsabilizando inclusive por danos morais ocasionados e por crimes contra a LGPD, Lei Geral de Proteção de Dados.

Segue abaixo a lista de usuário(s) que deverá(ão) ser cadastrado(s):

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: (PARTICULAR POIS SERÁ ENVIADA A SENHA): \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro usar o programa somente para as finalidades a que se propõe, de acordo com as orientações do(a) responsável legal acima identificado(a), principalmente no que se refere a emissão de guias, sigilo e LGPD.

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: (PARTICULAR POIS SERÁ ENVIADA A SENHA): \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro usar o programa somente para as finalidades a que se propõe, de acordo com as orientações do(a) responsável legal acima identificado(a), principalmente no que se refere a emissão de guias, sigilo e LGPD.

**Obs: Anexar a este cadastro, cópia do RG ou carteira de motorista do(s) usuário(s) cadastrado(s), scanear e enviar para o e-mail: [municipios@cisamarp.sc.gov.br](mailto:municipios@cisamarp.sc.gov.br)**

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_/SC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**ANEXO VIII**  
**MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**  
**CASAS DE APOIO EM FLORIANÓPOLIS**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Termo de Credenciamento que fazem entre si o CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - CISAMARP e XXXXX.

O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - CISAMARP, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob número 11.023.771/0001-10, com sede a Rodovia Municipal José Gheller, 501, no município de Videira, Estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. Gianfranco Volpato, Prefeito Municipal de Ibiracé/SC, portador da Cédula de Identidade nº 2\*34\*\*7, inscrito no CPF sob nº 0\*6.\*90.\*\*9-2\*, residente e domiciliado na Rua São José, nº50, CEP 89.640-000, no município de Ibiracé/SC, doravante denominado CREDENCIANTE e xxxxxxx, CNPJ xxxxxxx situada na Rua xxxxxxx, município de xxxxxxx /SC, neste ato representado pelo seu representante legal xxxxxxx, RG xxxxxxx e CPF xxxxxxx, doravante denominada CREDENCIADA, firmam o presente termo de credenciamento com as disposições da Lei nº 14.133/21, suas alterações, Lei nº 8080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001 e Norma Operacional Básica - NOB 01/96, e demais legislações aplicáveis, assim como pelas condições do CREDENCIAMENTO Nº 01/2024.

## CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Tem como objeto à prestação de serviços pela CREDENCIADA elencados na CLÁUSULA TERCEIRA DESTE Termo de Credenciamento, na sua área de atuação, para atendimento a demanda do SUS - Sistema Único de Saúde dos entes consorciados ao CISAMARP, a serem realizados na sede da empresa.

Parágrafo Único - Integra e Completa o presente Termo de Credenciamento, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as condições expressas na CREDENCIAMENTO Nº 01/2024.

## CLÁUSULA SEGUNDA - REGIME DE EXECUÇÃO

2.1 Os serviços serão executados de forma indireta, em regime de empreitada, por preço unitário, sem vínculo empregatício, a serem realizados nas sedes dos entes consorciados ao CISAMARP, mediante a requisição/guia expedida pelo ente consorciado. Fica assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares. Não poderão os pacientes sofrer qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços.

Parágrafo Único - A execução do presente será acompanhada e fiscalizada por um representante do CISAMARP especialmente designado, em atenção a Lei 14.133/21.

## CLÁUSULA TERCEIRA - VALOR E PROCEDIMENTOS

3.1 Pela execução do objeto ora CREDENCIADO, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor conforme

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

tabela abaixo, que origina este Termo de Credenciamento, e de acordo com o serviço realizado mensalmente.

Serviço(s) Credenciado(s) anualmente ESTIMATIDOS:

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | VALOR UNITÁRIO |
|---------------|------------|----------------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX           |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX           |

Obs: Os valores unitários dos procedimentos são os vinculados ao edital e alterações posteriores publicadas no diário oficial dos Municípios (DOM/SC).

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | QTDD |
|---------------|------------|------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |

## 3.2 VALOR GLOBAL MÁXIMO A SER CONTRATADO:

R\$ XXXXXX (não vincula com quantidade máxima de procedimento disponibilizada pelo prestador).

**Parágrafo Único:** o valor global máximo e demais valores e quantidades acima descritos são meramente estimativos para organização orçamentaria e financeira do CREDENCIANTE e de seus entes consorciados, não gerando qualquer garantia de realização dos mesmos pela CREDENCIADA, a qual somente terá direito de quaisquer recebimentos financeiros após a regular prestação dos serviços, bem como, submetida a aprovação dos mesmos pelo departamento competente de controle e avaliação.

3.3 Nas situações de majoração do valor realizado nos procedimentos, é dispensado o consentimento dos credenciados.

**Parágrafo único:** Nas situações de minoração do valor realizado nos procedimentos, é necessário o concenso dos credenciados.

## CLAUSULA QUARTA – DO PAGAMENTO

4.1 O pagamento do valor conforme a produção será realizado por transferência bancária em conta corrente, indicada pelo prestador CREDENCIADO, a qual deverá estar vinculado ao CNPJ em nome da empresa CREDENCIADA. Não será realizado pagamento em espécie.

§ 1º O pagamento será efetuado até o dia 20 do mês subsequente ao mês da prestação do serviço para o atendimento que foram realizados e incluídos no sistema informatizado, até o dia do fechamento do mês de competência, o qual poderá ser informado antecipadamente ao CREDENCIADO, exceto guias e outros procedimentos glosados.

§ 2º - É fator condicionante para pagamento o recebimento pelo Consórcio da Nota Fiscal correspondente ao endereço: Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: C/ANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7AB-91C9-593F>





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

serviços prestados, conforme valor constante na fatura emitida pelo sistema informatizado, e pelo recebimento das guias impressas emitidas pelos entes consorciados, devidamente assinadas em todos seus campos por cada um dos responsáveis indicados, bem como, pela apresentação do pedido médico ou de profissional competente anexado a guia.

§ 3º- O pagamento estará condicionado ainda à apresentação das certidões:

- a) Certidão Negativa de Débitos FGTS
- b) Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;
- c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- d) Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual;
- e) Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica;

## CLÁUSULA QUINTA - RECURSOS FINANCEIROS

As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias:

33.90.39- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

33.90.30 – Outros materiais de Consumo.

## CLÁUSULA SEXTA – REAJUSTE, ADITIVOS E APOSTILAMENTOS

6.1 Valores constantes desse Termo de Credenciamento somente sofrerão reajustes após análise e por determinação e aprovação dos Prefeitos ou por sugestão dos Secretários de Saúde dos entes consorciados, nos dois casos ratificada por Resolução do Presidente deste consórcio, alterando os valores constantes da TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP, ANEXO III do EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024.

6.2 Este Termo de Credenciamento poderá ser aditivado em procedimentos e valores, desde que os mesmos constem na TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP anexo III do edital de credenciamento.

6.3 Em caso de aumento de valor dos procedimentos, será realizado apostilamento e informado ao prestador, sem necessidade de assinatura deste.

## CLÁUSULA SÉTIMA – PRAZOS

O presente Termo de Credenciamento terá vigência de 05 (cinco) anos, podendo ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, contados da data em que for publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), conforme previsto no artigo 106 c/c artigo 107, ambos da Lei Federal n. 14.133/2021.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- 7.1 A prorrogação do prazo do termo de credenciamento, que deverá ser promovida durante a vigência do Termo de Credenciamento e formalizada através de termo aditivo, estará condicionada ao atendimento dos seguintes requisitos: Interesse dos beneficiários e do CREDENCIANTE, alinhado ao interesse público;
- 7.2 Existência de vantajosidade na manutenção do ajuste;
- 7.3 Existência de recurso orçamentário ou previsão no plano de contratações do CREDENCIANTE;
- 7.4 Concordância expressa da CREDENCIADA;
- 7.5 A manutenção pela CREDENCIADA de todas as condições e requisitos exigidos para credenciamento e contratação;
- 7.6 Cumprimento satisfatório das obrigações por parte da CREDENCIADA;
- 7.7 Autorização da autoridade competente.

## CLÁUSULA OITAVA - DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

8.1 Constituem direitos do CREDENCIANTE, receber o objeto deste Termo de Credenciamento nas condições avençadas e da CREDENCIADA perceber o valor ajustado na forma e no prazo convencionado.

8.2 Constituem obrigações do CREDENCIANTE:

- a) Efetuar o pagamento a CREDENCIADA dos procedimentos realizados de acordo com a tabela de valores e serviços -CISAMARP;
- b) Efetuar o pagamento até o dia 20 do mês subsequente da realização dos serviços;
- c) Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados;
- d) Fiscalizar os serviços e esclarecer dúvidas;

**8.3 Constituem obrigações do ENTE CONSORCIADO:**

- a) Atender o paciente que procura o serviço de saúde.
- b) Inserir conforme regulamentação, o paciente no sistema de regulação SISREG, ou outro que venha a substituí-lo.
- c) Solicitar à clínica, com antecedência, a(s) vaga(s) necessária(s) e indicar o período de permanência.
- d) Emitir no sistema informatizado do CISAMARP a guia de autorização, imprimi-la, assiná-la e entregá-la ao paciente, instruir ao paciente e ao motorista que assinem a guia somente antes do retorno ao ente consorciado.
- e) À sua conveniência, e aos princípios do SUS e da capacidade financeira definir quais os procedimentos que serão autorizados para o paciente e/ou acompanhante.
- f) Questionar o paciente sobre o serviço recebido, comunicar qualquer fato anormal ao CISAMARP.
- g) É de total responsabilidade do ente consorciado o acompanhamento do serviço prestado ao paciente, a instrução sobre as assinaturas, a definição de liberar guias para paciente/accompanhante, o correto envio da guia compatível com o período de permanência do paciente.
- h) orientar o paciente e motorista quanto ao correto preenchimento na guia, da hora de chegada e de saída do paciente na casa de apoio.

**8.4 Constituem obrigações da CREDENCIADA:**

- a) Atender a todos os entes consorciados que solicitarem vagas de pernoite ou traslado dentro do limite de vagas disponíveis no estabelecimento.
- Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

existente na casa de apoio.

- b) Atender somente à pacientes encaminhados pelas Secretarias de Saúde, que tenham sido previamente agendados e que portem a guia de autorização emitida no sistema informatizado do CISAMARP, a qual deverá **estar** assinada por funcionário da Secretaria de Saúde. O atendimento que for realizado sem autorização prévia não será pago pelo CISAMARP.
- c) Coletar no ato de liberação do paciente para retorno ao ente consorciado, a assinatura do mesmo ou do responsável/acompanhante e do motorista do ente consorciado na guia do CISAMARP, bem como, preencher os dados solicitados na guia.
- d) Reter a guia e encaminhá-la para faturamento, assinada e conforme demais orientações do CISAMARP.
- e) Manter atualizadas no sistema fornecido pelo consórcio, as Certidões Negativas de Débitos a que se refere o item 13.4.
- f) Enviar mensalmente para o CISAMARP: as guias devidamente assinadas e o relatório próprio do sistema fornecido pelo consórcio.
- g) Registrar no sistema somente as guias que estejam de acordo com o item “d”.
- h) Agendar ou realizar somente procedimentos que constem no Termo de Credenciamento ou de aditivos ao mesmo.
- i) Preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pelo CISAMARP.
- j) Utilizar o sistema informatizado disponibilizado gratuitamente pelo CISAMARP, registrando as guias de pacientes atendidos, diariamente, até os prazos estabelecidos pelas competências definidas no sistema;
- k) Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade excepcional de prestar serviços por motivos particulares, definindo período de não atendimento;
- l) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, informando no mesmo que presta serviço ao SUS, atendimento ambulatorial SUS, Profissional SUS, Serviços SUS;
- m) Solicitar junto ao Gestor municipal do SUS do município, onde se localiza a empresa e/ou filial, que a inclua no site do CNES seu estabelecimento como prestador de serviços, como terceiro ao CISAMARP;
- n) Atender o(s) paciente(s) encaminhado(s) sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios;
- o) Não realizar nenhuma forma de cobrança, e tampouco extra, dos entes consorciados ou dos pacientes, mesmo que a título de complementação de valores;
- p) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento;
- q) Prestar atendimento adequado aos usuários e fornecer as informações ao ente consorciado e/ou ao CISAMARP sobre os serviços prestados.

Disponibilizar os seguintes serviços e possuir os seguintes ambientes:

## Estrutura Física

- a) As credenciadas devem manter as instalações físicas dos ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto, limpeza e higiene.
- b) As credenciadas devem necessariamente possuir:
- c) Quartos coletivos com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences pessoais.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- d) Banheiros masculinos e femininos separados, compatíveis com o quantitativo de hóspedes;
- e) Quartos e banheiros dotados de medidas que promovam a acessibilidade de pacientes portadores de necessidades especiais;
- f) Refeitório.

## Hospedagem

- a) Deverão prestar serviços de hospedagem especializada a pacientes em tratamento de saúde, com atendimento 24(vinte quatro) horas;
- b) Deverão disponibilizar roupas de cama e banho, esterilizadas com troca de roupa de cama diária.
- c) Deverá receber os usuários com informes gerais sobre os serviços ofertados por ela, seguidos do atendimento individual para cadastro, identificação, endereço de onde será realizado o atendimento médico, ambulatorial ou hospitalar e verificar os encaminhamentos de cada paciente.
- d) No período diurno deverão estar disponíveis cômodos para descanso e banho.

## Transporte

- a) As credenciadas deverão prestar serviço de traslado aos pacientes e seus acompanhantes, encaminhados pelos entes consorciados, da sede da credenciada aos seus respectivos locais de atendimento, e vice-versa em tempo suficiente de chegarem no horário marcado para o atendimento e que deverá ficar à disposição dos pacientes;
- b) As credenciadas deverão dispor de veículo(s) seguro(s) com cobertura aos passageiros e capacidade suficiente para fins de traslado consoante roteiro descrito no item a;
- c) As credenciadas deverão observar os horários pré-agendados e fazer cumpri-los, bem como, minimizar o tempo de espera do paciente após a solicitação de traslado para a casa de apoio.

## Alimentação

- a) As credenciadas deverão fornecer refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar, quando essas coincidirem seu horário com a presença do paciente na casa de apoio.
- b) As refeições deverão ser fornecidas de acordo com os padrões de higiene e saúde normatizado pela Vigilância Sanitária.

## CLÁUSULAS NONA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, ao CISAMARP e aos entes consorciados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou prepostos.

## CLÁUSULAS DÉCIMA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLÊNCIA

Em caso de atraso injustificado no cumprimento dos serviços previamente agendados pelos entes consorciados, o CISAMARP, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao credenciado as sanções previstas no art. 156 da Lei Federal n. 14.133/2021 quando será aplicada à CREDENCIADA multa moratória de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do serviço agendado e não prestado ou em atraso, limitado a 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços a que a CREDENCIADA se comprometeu a ofertar até a data do encerramento do Termo de Referência.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

Credenciamento aplicando-se para apuração do valor a tabela CISAMARP, sendo garantida a defesa prévia, sem prejuízo das demais sanções previstas na Lei 14.133/21.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – RESCISÃO

11.1 O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 137 e seguintes da Lei Federal n. 14.133/2021, bem como nas situações abaixo elencadas:

- Deixar de atender requisição para prestação do serviço e/ou para promover a atualização dos documentos de habilitação e regularidade fiscal;
- Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica e/ou fiscal do credenciado;
- Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional exigido para a prestação dos serviços;
- A CREDENCIADA que descumprir injustificadamente as condições estabelecidas neste Termo de Credenciamento ficará sujeita ao descredenciamento, sem prejuízo da aplicação cumulativa das sanções previstas em lei, assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa.
- O CREDENCIANTE descredenciará a CREDENCIADA que não mantiver as condições exigidas para habilitação durante a vigência do Termo de Credenciamento, assim como aquele que rejeitar, injustificadamente, o atendimento de usuário do SUS.
- Fica facultado à CREDENCIADA, a qualquer tempo, solicitar o seu descredenciamento, mediante simples notificação com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência, sob pena de aplicação das sanções administrativas previstas neste instrumento.
- Descumprir quaisquer das condições estabelecidas no edital que credenciamento.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente Instrumento é regido pelo Edital 01/2024, pelas disposições expressas na Lei nº 14.133/21 e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado e quando couber os dispostos na Lei nº 8080/90, Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/21, suas alterações e dos princípios gerais de direito.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – PUBLICAÇÃO

Incumbirá ao CREDENCIANTE divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei 14.133, de 2021.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ASSINATURA ELETRÔNICA

15.1 O presente instrumento particular, incluindo todas as páginas de assinatura e eventuais anexos.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

representando a integralidade dos termos acordados, será assinado de forma eletrônica/digital através da plataforma digital disponibilizada pelo Consórcio, cuja autenticidade poderá ser atestada a qualquer tempo seguindo os procedimentos e link impresso na nota de rodapé das respectivas páginas.

15.2. As partes, diretamente ou por seus representantes legais nominadas, concordam em utilizar e reconhecem de forma inequívoca, que as assinaturas eletrônicas/digitais serão consideradas válidas, vinculantes e executáveis, cientes que terão a mesma validade jurídica de um registro e autenticação feita em cartório, seja mediante utilização de certificados e-CPF, e-CNPJ e/ou GOVBR.

15.3. Desde já as partes renunciam a possibilidade de exigir a troca, envio ou entrega das vias originais (não-eletrônicas) assinadas deste instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas, na medida máxima permitida pela legislação aplicável.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

16.1. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do Termo de Credenciamento que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

16.2. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

16.3. É dever do CREDENCIADO orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA SUBCONTRATAÇÃO

17.1 O Termo de Credenciamento não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a CREDENCIADA se valer deste para vincular terceiros à presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das sanções previstas no presente instrumento.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – FORO

Para as questões oriundas deste Termo de Credenciamento, as partes elegem o foro da Comarca de Videira, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo assinam o presente, em duas vias, de igual teor e forma.

Videira, xx de xxxx de 2024

\_\_\_\_\_  
XXXXXXX  
Presidente CISAMARP  
CREDENCIANTE

\_\_\_\_\_  
XXXXXXX  
Representante Legal  
CREDENCIADA

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## **ANEXOS DE FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS**

### ANEXO IX

#### TABELA DE PROCEDIMENTOS EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2024

| PROCEDIMENTO / APARELHO   | COD. SUS       | VALOR<br>SUS<br>R\$ | Valor<br>Próprio<br>R\$ | Total<br>R\$ |
|---|----------------|---------------------|-------------------------|--------------|
| ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL ATÉ 3 RETORNOS GRATUÍTOS | 03.01.07.003-2 | 0,00                | 0,00                    | 0,00         |
| SELEÇÃO E VERIFICAÇÃO DE BENEFÍCIO DO AASI  | 02.11.07.031-9 | 8,75                | 43,25                   | 52,00        |
| AUDIOMETRIA TONAL TONAL (EXCLUSIVO AP. AUDITIVO)  | 10.80.30.137-3 | 21,00               | 29,00                   | 50,00        |
| LOGOUDIOMETRIA (EXCLUSIVO AP. AUDITIVO)   | 10.80.30.137-4 | 26,25               | 16,28                   | 42,53        |
| IMITANCIOMETRIA (EXCLUSIVO AP. AUDITIVO)  | 10.80.30.137-5 | 23,00               | 25,27                   | 48,27        |
| <b>SELEÇÃO DE APARELHO</b>  |                |                     |                         |              |
| APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO A*   | 07.01.03.012-7 | 525,00              | 0,00                    | 525,00       |
| APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B*   | 07.01.03.013-5 | 700,00              | 0,00                    | 700,00       |
| APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C*   | 07.01.03.014-3 | 1100,00             | 0,00                    | 1100,00      |
| <b>PÓS APARELHO</b>   |                |                     |                         |              |
| AUDIOMETRIA DE CAMPO LIVRE (EXCLUSIVO AP. AUDITIVO)   | 10.80.30.137-6 | 20,13               | 29,87                   | 40,00        |
| FONOAUDIOLOGIA (CONSULTA) SESSÃO DE FONOAUDIOLOGIA (EXCLUSIVO AP. AUDITIVO)   | 10.80.30.137-2 | 10,90               | 19,10                   | 30,00        |
| RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO USO AASI (a cada 6 meses ou 1 ano).   | 10.80.30.136-9 | 0,00                | 40,00                   | 40,00        |
| <b>REPOSIÇÃO</b>  |                |                     |                         |              |
| MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)   | 07.01.03.015-1 | 8,75                | 31,25                   | 40,00        |
| REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A*  | 07.01.03.027-5 | 525,00              | 0,00                    | 525,00       |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |                |         |      |         |
|--|----------------|---------|------|---------|
| REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B* | 07.01.03.028-3 | 700,00  | 0,00 | 700,00  |
| REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C* | 07.01.03.029-1 | 1100,00 | 0,00 | 1100,00 |

Prestador de serviço receberá do CISAMARP o valor referente a coluna "Total R\$", dos procedimentos que realizar.

\*Incluso no aparelho: 02 Moldes, 02 hastes para adaptação aberta, 02 Olivas e 01 cartela com 6 pilhas.

CISAMARP

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**ANEXO X**  
**FLUXO SUGERIDO**  
**FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

- Ente consorciado atende paciente e insere no sistema SISREG.
- Pela ordem do SISREG, encaminha ao prestador de serviço com indicação médica e lavagem auricular realizada. E guia com os procedimentos: SELEÇÃO E VERIFICAÇÃO DE AASI, AUDIOMETRIA TONAL, LOGOaudiometria e IMITANCIOMETRIA.
- Prestador atende paciente, realiza exames (insere guia no sistema dos procedimentos que tenha realizado). Prestador faz por escrito indicação do tipo de aparelho mais indicado ao paciente. (contra-referência), e envia ao ente consorciado.
- Ente consorciado informa ao prestador a quantidade e tipo de aparelhos que irá adquirir.
- Prestador avisa ente consorciado quando os aparelhos estiverem disponíveis.
- Ente consorciado chama paciente, entrega guia contendo o aparelho indicado e o procedimento Audiometria de Campo Livre, e encaminha paciente ao prestador.
- Prestador atende paciente, adapta o aparelho, realiza o exame, insere número de série do aparelho no sistema, e agenda até 3 retornos sem custo para o paciente. Informa as datas para o ente consorciado para que emita as guias de retorno sem custo.
- Ente consorciado acompanha o paciente mensalmente, caso necessário encaminha paciente ao prestador.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XI

### SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

### FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024

Ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe – CISAMARP.

A Empresa: \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, Endereço: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO EDITAL nº 01/2024, objetivando o atendimento a demanda SUS dos entes consorciados ao CISAMARP, realizando para tanto os procedimentos abaixo elencados.

#### RESPONSÁVEL LEGAL PELA EMPRESA:

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro órgão de classe: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EMPRESA:

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro órgão de classe: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### DADOS DA EMPRESA:

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Dados Bancários para depósito do pagamento: OBS: A CONTA DEVE SER VINCULADA AO CNPJ**

Nome do Banco: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Procedimentos a que se credencia anualmente:

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | QTDD |
|---------------|------------|------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |

**Obs1:** Adicionar a quantidade que julga conseguir realizar durante o ano (As quantidades acima descritas são meramente estimativas para organização orçamentaria e financeira do CREDENCIANTE e de seus entes consorciados, não gerando qualquer garantia de realização dos mesmos pela CREDENCIADA, a qual somente terá direito de quaisquer recebimentos financeiros após a regular prestação dos serviços, bem como, submetida

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663







# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XII

### DECLARAÇÃO EMPREGO DE MENOR, FATOS IMPEDITIVOS E INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024

A Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Sr. \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

**DECLARA**, que:

- Para fins do disposto no inciso VI, do art. 68, da Lei 14.133/21, acrescido pela Lei 9.854, de 27 de outubro de 1999, **que cumpre com o disposto no artigo 7, inc. XXXIII da CF**: Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social, em especial o inciso XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998](#));
- Inexistem fatos impeditivos para seu credenciamento, declarando-se ciente, ainda, quanto a obrigatoriedade de informar toda e quaisquer ocorrências posteriores;
- Aceita integralmente as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024, e que há capacidade técnica para a prestação do serviço e/ou fornecimento do material.
- Que seus Sócios e/ou Diretores não ocupam cargo, emprego ou função pública nos entes consorciados que integram o CREDENCIANTE;
- Que não possui em seu quadro de sócios cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de empregados públicos vinculados ao CREDENCIANTE nem de Prefeito, Vice-Prefeito e de Secretário Municipal de Saúde de qualquer dos entes consorciados;

Videira/SC \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura digital do Representante Legal

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XIII

### **Autorização de acesso a usuário do sistema fornecido pelo consórcio FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pela empresa \_\_\_\_\_, autorizo o CISAMARP a cadastrar o(s) usuário(s) abaixo discriminado(s), para ter(em) acesso ao programa de gerenciamento do CISAMARP.

Declaro estar ciente que todo usuário cadastrado terá acesso completo ao sistema, podendo incluir e deletar as confirmações de atendimento. Responsabilizo-me solidariamente pelo uso do sistema pelo funcionário cadastrado, bem como, por controlar e fiscalizar o uso.

Quando houver troca de funcionário, tenho ciência que devo informar o CISAMARP para que realize o bloqueio do acesso ao sistema.

Todos os usuários terão acesso a nomes de pacientes e procedimentos realizados, abaixo assinam e se comprometem a guardar sigilo sobre os dados acessados, se responsabilizando inclusive por danos morais ocasionados e por crimes contra a LGPD, Lei Geral de Proteção de Dados.

Segue abaixo a lista de usuário(s) que deverá(ão) ser cadastrado(s):

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: (PARTICULAR POIS SERÁ ENVIADA A SENHA): \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro usar o programa somente para as finalidades a que se propõe, de acordo com as orientações do(a) responsável legal acima identificado(a), principalmente no que se refere a emissão de guias, sigilo e LGPD.

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: (PARTICULAR POIS SERÁ ENVIADA A SENHA): \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro usar o programa somente para as finalidades a que se propõe, de acordo com as orientações do(a) responsável legal acima identificado(a), principalmente no que se refere a emissão de guias, sigilo e LGPD.

**Obs: Anexar a este cadastro, cópia do RG ou carteira de motorista do(s) usuário(s) cadastrado(s), scanear e enviar para o e-mail: [municipios@cisamarp.sc.gov.br](mailto:municipios@cisamarp.sc.gov.br)**

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_/SC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7/AB-91C9-593F> e informe o código C2D1-E7/AB-91C9-593F





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XIV

### MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

#### **FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS E PROCEDIMENTOS CORRELATOS** **EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Termo de Credenciamento que fazem entre si o CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - CISAMARP e XXXXX.

O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - CISAMARP, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob número 11.023.771/0001-10, com sede a Rodovia Municipal José Gheller, 501, no município de Videira, Estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. Gianfranco Volpato, Prefeito Municipal de Ibicaré/SC, portador da Cédula de Identidade nº 2\*34\*\*7, inscrito no CPF sob nº 0\*6.\*90.\*\*9-2\*, residente e domiciliado na Rua São José, nº50, CEP 89.640-000, no município de Ibicaré/SC, doravante denominado CREDENCIANTE e xxxxxxx, CNPJ xxxxxxx situada na Rua xxxxxxx, município de xxxxxxx /SC, neste ato representado pelo seu representante legal xxxxxxx, RG xxxxxxx e CPF xxxxxxx, doravante denominada CREDENCIADA, firmam o presente termo de credenciamento com as disposições da Lei nº 14.133/21, suas alterações, Lei nº 8080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001 e Norma Operacional Básica - NOB 01/96, as diretrizes de Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina - edição 2018 ou posterior e demais legislações aplicáveis, assim como pelas condições do Edital de Credenciamento 01/2024.

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

Tem como objeto à prestação de serviços e/ou fornecimento de materiais pela CREDENCIADA elencados na CLÁUSULA TERCEIRA DESTE TERMO DE CREDENCIAMENTO, na sua área de atuação, para atendimento a demanda do SUS - Sistema Único de Saúde dos Entes Consorciados ao CISAMARP.

Parágrafo Único - Integra e Completa o presente Termo de Credenciamento, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as condições expressas na no Edital de Credenciamento 01/2024.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA - REGIME DE EXECUÇÃO**

Os serviços serão executados de forma indireta, em regime de empreitada, por preço unitário, sem vínculo empregatício, na cidade da CREDENCIADA, em instalações próprias do profissional ou empresa, mediante requisição expedida pelos entes consorciados ao CISAMARP, ficando assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares. Não poderão os pacientes sofrer qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

A execução do presente será acompanhada e fiscalizada por um representante do CISAMARP, especialmente designado, em atenção a Lei 14.133/21.

## CLÁUSULA TERCEIRA - VALOR E PROCEDIMENTOS

Pela execução do objeto ora CREDENCIADO, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor conforme tabela abaixo, vinculada a TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP ANEXO IX do edital de credenciamento que origina este Termo de Credenciamento, e de acordo com o serviço realizado e/ou material entregue mensalmente.

Serviço(s) ou Material(is) Credenciado(s) anualmente ESTIMATIDOS:

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | VALOR UNITÁRIO |
|---------------|------------|----------------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX           |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX           |

*Obs: Os valores unitários dos procedimentos são os vinculados ao edital e alterações posteriores publicadas no diário oficial dos Municípios (DOM/SC).*

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | QTDD |
|---------------|------------|------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |

## 3.2 VALOR GLOBAL MÁXIMO A SER CONTRATADO:

**R\$ XXXXXX** (não vincula com quantidade máxima de procedimento disponibilizada pelo prestador).

**Parágrafo Único:** o valor global máximo e demais valores e quantidades acima descritos são meramente estimativos para organização orçamentaria e financeira do CREDENCIANTE e de seus entes consorciados, não gerando qualquer garantia de realização dos mesmos pela CREDENCIADA, a qual somente terá direito de quaisquer recebimentos financeiros após a regular prestação dos serviços, bem como, submetida a aprovação dos mesmos pelo departamento competente de controle e avaliação.

3.3 Nas situações de majoração do valor realizado nos procedimentos, é dispensado o consentimento dos credenciados.

**Parágrafo único:** Nas situações de minoração do valor realizado nos procedimentos, é necessário o consenso dos credenciados.

## CLAUSULA QUARTA – DO PAGAMENTO

O pagamento do valor conforme a produção será realizado por transferência bancária em conta corrente indicada pelo prestador CREDENCIADO, a qual deverá estar vinculado ao CNPJ em nome da empresa CREDENCIADA. Não será realizado pagamento em espécie.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**Parágrafo Primeiro** - O pagamento será efetuado até o dia 20 do mês subsequente ao mês da prestação do serviço para os atendimentos que foram realizados e incluídos no sistema informatizado, exceto guias e/ou procedimentos glosados, até o dia do fechamento da competência, o qual poderá ser informado antecipadamente ao CREDENCIADO.

**Parágrafo segundo** - É fator condicionante para pagamento o recebimento pelo Consórcio da Nota Fiscal correspondente aos serviços prestados, conforme valor constante na fatura emitida pelo sistema informatizado, e pelo recebimento das guias impressas emitidas pelos entes consorciados, devidamente assinadas em todos seus campos por cada um dos responsáveis indicados, bem como, pela apresentação do pedido médico anexado a guia.

**Parágrafo Terceiro** - O pagamento estará condicionado ainda à apresentação das certidões:

- Certidão Negativa de Débitos: FGTS (imprimir em <https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>);
- Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União. (imprimir em <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/certidao/cndconjuntainter/informanicertidao.asp?tipo=1>);
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; (imprimir em <http://www.tst.jus.br/certidao>);
- Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual; (imprimir em <https://tributario.sef.sc.gov.br/tax.NET/Sat.CtaCte.Web/SolicitacaoCnd.aspx>);
- Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica; (imprimir da página do órgão na internet);

## CLÁUSULA QUINTA - RECURSOS FINANCEIROS

As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias:

33.90.39- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

33.90.30 – Outros materiais de Consumo.

## CLÁUSULA SEXTA – REAJUSTE, ADITIVOS E APOSTILAMENTOS

6.1 Valores constantes desse Termo de Credenciamento somente sofrerão reajustes após análise e posterior determinação e aprovação dos Secretários de Saúde dos entes consorciados, e por Resolução do Presidente deste consórcio, alterando os valores constantes da TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP, ANEXO IX do edital de credenciamento 01/2024.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

6.2 Este Termo de Credenciamento poderá ser aditivado em procedimentos desde que os mesmos constem na TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP anexo IX do edital de credenciamento e em valores de acordo com decisão colegiada dos(as) secretários(as) de Saúde.

6.3 Em caso de aumento de valor dos procedimentos, será realizado apostilamento e informado ao prestador, sem necessidade de assinatura deste.

## CLÁUSULA SÉTIMA – PRAZOS

O presente Termo de Credenciamento terá vigência de 05 (cinco) anos, podendo ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, contados da data em que for publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), conforme previsto no artigo 106 c/c artigo 107, ambos da Lei Federal n. 14.133/2021.

- 7.1 A prorrogação do prazo do termo de credenciamento, que deverá ser promovida durante a vigência do Termo de Credenciamento e formalizada através de termo aditivo, estará condicionada ao atendimento dos seguintes requisitos: Interesse dos beneficiários e do CREDENCIANTE, alinhado ao interesse público;
- 7.2 Existência de vantajosidade na manutenção do ajuste;
- 7.3 Existência de recurso orçamentário ou previsão no plano de contratações do CREDENCIANTE;
- 7.4 Concordância expressa da CREDENCIADA;
- 7.5 A manutenção pela CREDENCIADA de todas as condições e requisitos exigidos para credenciamento e contratação;
- 7.6 Cumprimento satisfatório das obrigações por parte da CREDENCIADA;
- 7.7 Autorização da autoridade competente.

## CLÁUSULA OITAVA - DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

8.1 Constituem direitos do CREDENCIANTE, receber o objeto deste Termo de Credenciamento nas condições avençadas e da CREDENCIADA perceber o valor ajustado na forma e no prazo convencionado.

8.2 Constituem obrigações do CREDENCIANTE:

- a) Efetuar o pagamento a CREDENCIADA dos procedimentos realizados de acordo com a tabela de valores e serviços - CISAMARP;
- b) Efetuar o pagamento até o dia 20 do mês subsequente da realização dos serviços;
- c) Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados;
- d) Fiscalizar os serviços e esclarecer dúvidas;
- e) Fornecer blocos de receituário/requisição de exames aos CREDENCIADOS;

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## 8.3 Constituem obrigações do ENTE CONSORCIADO:

- f) Atender o paciente que procura o serviço de saúde.
- g) Inserir o paciente no sistema de regulação SISREG, ou outro que venha a substituí-lo.
- h) À sua conveniência, e aos princípios do SUS e da capacidade financeira definir quais os procedimentos que serão autorizados para o paciente.
- i) Fazer contato com o prestador de serviço escolhido e agendar o procedimento.
- j) Emitir no sistema informatizado do CISAMARP a guia de autorização, imprimi-la, anexar na guia a solicitação médica ou de outro profissional competente, assina-la e entrega-la ao paciente.
- k) Encaminhar o paciente ao prestador de serviço munido da guia de autorização bem como orientá-lo a levar os exames que já possui pertinentes a sua doença no dia do atendimento, em especial nas consultas.
- l) Orientar o paciente quando o procedimento exigir preparo, conforme orientação do Prestador de serviço.
- m) Encaminhar o paciente já triado com prescrição médica indicando o uso de aparelho auditivo, sempre que possível com lavagem auricular realizada quando necessário e com a Audiometria mais recentemente realizada se existir.
- n) Acompanhar o paciente no mínimo mensalmente, orientando-o quanto ao uso do aparelho, limpeza e conservação, e avaliando se há necessidade de encaminhamento do paciente ao serviço auditivo especializado.
- o) Formular TERMO DE RESPONSABILIDADE, onde constem os cuidados e deveres do paciente em relação ao aparelho auditivo, ler, explicar e entregar ao paciente.

## 8.4 Constituem obrigações da CREDENCIADA:

- a) Atender todos os pacientes encaminhados pelos entes consorciados ao CISAMARP, em consultório ou clínica própria, em horário de expediente pré-definido.
- b) Atender somente aos pacientes encaminhados pelas Secretarias de Saúde, que tenham sido previamente agendados e que portem a guia de autorização emitida no sistema informatizado do CISAMARP, a qual deverá estar assinada por funcionário da Secretaria de Saúde e acompanhada da solicitação médica. O atendimento que for realizado sem autorização não será pago.
- c) Realizar somente os procedimentos autorizados na guia e que sejam compatíveis com a solicitação médica ou de outro profissional com poderes para tal, a qual deverá estar anexada a guia.
- d) Coletar após realizar o procedimento a assinatura do paciente ou do responsável/acompanhante.
- e) Solicitar ao profissional que realizou o procedimento assinar a guia.
- f) Enviar ao CISAMARP ao final de cada competência as guias físicas devidamente assinadas e as solicitações médicas, nos prazos estipulados pelo consórcio.
- g) Remeter ao CISAMARP mensalmente junto com a produção as Certidões Negativas de Débitos a que se refere o item 15.4 de "a" a "e", do edital de credenciamento 01/2024.
- h) Emitir mensalmente para o CISAMARP: relatório próprio do sistema informatizado
- i) Não registrar no sistema as guias que estejam em desacordo com os itens "c", "d" e "e".

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- j) Não agendar procedimentos que não constem na Cláusula terceira do Termo de Credenciamento de prestação de serviço ou de aditivos ao mesmo.
- k) Preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pelo CISAMARP, inclusive o de contra-referência (consultas);
- l) Utilizar o sistema informatizado disponibilizado gratuitamente pelo CREDENCIANTE, registrando as guias de pacientes atendidos, no ato da consulta ou diariamente, até os prazos estabelecidos pelas competências definidas no sistema;
- m) Utilizar o bloco de receituário / requisição de exames fornecido gratuitamente pelo CISAMARP, para uso exclusivo com pacientes atendidos via CISAMARP. Não utilizar formulário próprio do prestador de serviço para os pacientes encaminhados via CISAMARP;
- n) Conceder até 1 retorno de consulta, sem pagamento, pelo prazo de até 30 dias após a consulta, para reavaliação e/ou para apresentação de exames solicitados; nesse caso será emitida guia com o procedimento consulta de retorno com valor R\$ 0,00;
- o) Emitir laudo técnico de todos os exames realizados, que assim o exijam, e entregar ao paciente;
- p) Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade excepcional de prestar serviços por motivos particulares, definindo período de não atendimento;
- q) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, informando no mesmo que presta serviço ao SUS, atendimento ambulatorial SUS, Profissional SUS, Serviços SUS;
- r) Solicitar junto ao Gestor municipal do SUS do município onde se localiza a empresa e/ou filial que a inclua no SCNES como prestador de serviços como terceiro ao CISAMARP;
- s) Atender o(s) paciente(s) encaminhado(s) sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios;
- t) Não realizar nenhuma forma de cobrança, e tampouco extra, dos entes consorciados ou dos pacientes, mesmo que a título de complementação de valores;
- u) Manter atualizados os documentos de cada profissional que presta serviços ao CISAMARP, enviando para este, sempre que houver inclusão de novos profissionais no quadro de funcionários, os documentos que o habilitam a prestar o serviço elencado em Termo de Credenciamento;
- v) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento;
- w) Fornecer Nota Fiscal do aparelho e garantia mínima de 1 ano, cobrindo eventuais problemas, desde que não causados por mau uso.
- x) Fornecer juntamente com o aparelho quando necessário e conforme o tipo de aparelho: 02 Moldes, 02 hastes para adaptação aberta, 02 Olivas e 01 cartela com 6 pilhas.
- y) Conceder até 3 retornos de adaptação sem cobrança adicional, para perfeita adaptação do aparelho ao paciente.
- z) Ter em seu quadro de funcionários todos os profissionais necessários a execução dos procedimentos para adaptação do aparelho ao paciente, sem que o ente consorciado tenha que intervir com qualquer tipo de profissional.
- aa) Disponibilizar na própria Clínica todos os procedimentos que constam na tabela de valores do credenciamento 01/2024 (ANEXO IX).
- bb) Fornecer Certificado de Garantia mínima de 1 ano do aparelho ao paciente.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

cc) Inserir no ato de registro da guia da cobrança do aparelho, o número de série do mesmo em campo específico do sistema informatizado do CISAMARP.

## CLÁUSULAS NONA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, ao CISAMARP e aos entes consorciados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou prepostos.

## CLÁUSULAS DÉCIMA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLÊNCIA

Em caso de atraso injustificado no cumprimento dos serviços previamente agendados pelos entes consorciados, o CISAMARP, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao credenciado as sanções previstas no art. 156 da Lei Federal n. 14.133/2021 quando será aplicada à CREDENCIADA multa moratória de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do serviço agendado e não prestado ou em atraso, limitado a 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços a que a CREDENCIADA se comprometeu a ofertar até a data do encerramento do Termo de Credenciamento aplicando-se para apuração do valor a tabela CISAMARP, sendo garantida a defesa prévia, sem prejuízo das demais sanções previstas na Lei 14.1333/21.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – RESCISÃO

11.1 O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 137 e seguintes da Lei Federal n. 14.133/2021, bem como nas situações abaixo elencadas:

- Deixar de atender requisição para prestação do serviço e/ou para promover a atualização dos documentos de habilitação e regularidade fiscal;
- Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica e/ou fiscal do credenciado;
- Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional exigido para a prestação dos serviços;
- A CREDENCIADA que descumprir injustificadamente as condições estabelecidas neste Termo de Credenciamento ficará sujeita ao descredenciamento, sem prejuízo da aplicação cumulativa das sanções previstas em lei, assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa.
- O CREDENCIANTE descredenciará a CREDENCIADA que não mantiver as condições exigidas para habilitação durante a vigência do Termo de Credenciamento, assim como aquele que rejeitar, injustificadamente, o atendimento de usuário do SUS.
- Fica facultado à CREDENCIADA, a qualquer tempo, solicitar o seu descredenciamento, mediante simples notificação com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência, sob pena de aplicação das sanções administrativas previstas neste instrumento.
- Descumprir quaisquer das condições estabelecidas no edital que credenciamento.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente Instrumento é regido pelas disposições expressas na Lei nº 14.133/21 e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

privado e quando couber os dispostos na Lei nº 8080/90, Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001 e Norma Operacional Básica - NOB 01/96, as diretrizes de Atenção à Saúde Auditiva na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/21, suas alterações e dos princípios gerais de direito.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – PUBLICAÇÃO

Incumbirá ao CREDENCIANTE divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei 14.133, de 2021.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ASSINATURA ELETRÔNICA

15.2 O presente instrumento particular, incluindo todas as páginas de assinatura e eventuais anexos, representando a integralidade dos termos acordados, será assinado de forma eletrônica/digital através da plataforma digital disponibilizada pelo Consórcio, cuja autenticidade poderá ser atestada a qualquer tempo seguindo os procedimentos e link impresso na nota de rodapé das respectivas páginas.

15.2. As partes, diretamente ou por seus representantes legais nominadas, concordam em utilizar e reconhecem de forma inequívoca, que as assinaturas eletrônicas/digitais serão consideradas válidas, vinculantes e executáveis, cientes que terão a mesma validade jurídica de um registro e autenticação feita em cartório, seja mediante utilização de certificados e-CPF, e-CNPJ e/ou GOVBR.

15.3. Desde já as partes renunciam a possibilidade de exigir a troca, envio ou entrega das vias originais (não-eletrônicas) assinadas deste instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas, na medida máxima permitida pela legislação aplicável.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

16.1. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do Termo de Credenciamento que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de credenciamento, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

16.2. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

16.3. É dever do CREDENCIADO orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA SUBCONTRATAÇÃO

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

17.1 O Termo de Credenciamento não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a CREDENCIADA se valer deste para vincular terceiros ao presente credenciamento, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das sanções previstas no presente instrumento.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – FORO

Para as questões oriundas deste Termo de Credenciamento, as partes elegem o foro da Comarca de Videira, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo assinam o presente, em duas vias, de igual teor e forma.

Videira, xx de xxxx de 20XX

\_\_\_\_\_

XXXXXXX

Presidente CISAMARP  
CREDENCIANTE

\_\_\_\_\_

XXXXXXX

Representante Legal  
CREDENCIADA

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## **ANEXOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR**

### **ANEXO XV**

#### **TABELA DE PROCEDIMENTOS**

#### **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2024**

| <b>PROCEDIMENTO</b>   | <b>COD. PROCED. SUS</b> | <b>VALOR R\$</b> |
|---|-------------------------|------------------|
| ACIDEZ TITULAVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)                               | 0202010783              | R\$ 3,04         |
| ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES                              | 0202090019              | R\$ 1,89         |
| ACOLHIMENTO PRÉ-CLÍNICO   | 1080301519              | R\$ 1,00         |
| ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM TERAPIA NUTRICIONAL                       | 0101040008              | R\$ 15,00        |
| ADENOGRAMA  | 0202090027              | R\$ 5,79         |
| AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE                  | 0803010044              | R\$ 24,75        |
| AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE PACIENTE                      | 0803010010              | R\$ 24,75        |
| ALBUMINA  | 1080301297              | R\$ 1,92         |
| ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA           | 0202050017              | R\$ 3,70         |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR                            | 1080301413              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE AORTA ABDOMINAL                            | 1080301410              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE AORTA TORACICA                             | 1080301411              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE CRÂNIO                                     | 1080301401              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL                 | 1080301414              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL                 | 1080301415              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PELVE                                      | 1080301406              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PESCOÇO                                    | 1080301408              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL PULMONAR                                      | 1080301404              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA DE CAROTIDAS   | 1080301403              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA DE TORAX   | 1080301412              | R\$ 341,00       |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA ABDOMEN SUPERIOR (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR)   | 1080301416              | R\$ 418,00       |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE AORTA ABDOMINAL (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR) | 1080301417              | R\$ 418,00       |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE AORTA TORACICA (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR)             | 1080301418 | R\$ 418,00 |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CRANIO (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR)                     | 1080301402 | R\$ 418,00 |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR) | 1080301419 | R\$ 418,00 |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR) | 1080301420 | R\$ 418,00 |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PELVE (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR)                      | 1080301407 | R\$ 418,00 |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PESCOÇO (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR)                    | 1080301409 | R\$ 418,00 |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA PULMONAR (CONTRASTE INCLUSO NO VALOR)                      | 1080301405 | R\$ 418,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ILIACAS  | 0009016988 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA AORTA TOTAL ABDOMINAL E TORACICA                 | 0009016562 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA ABDOMEN TOTAL                                    | 0009016554 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA DE ABDOMEM SUPERIOR                              | 0009016520 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA DE CRANIO  | 0009016570 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA DE MEMBROS INFERIORES                            | 0009016597 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA DE MEMBROS SUPERIORES                            | 0009016589 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA DE PESCOÇO                                       | 0009016384 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA PELVE  | 0009016538 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA PULMONAR   | 0009016392 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA TORAX  | 0009016600 | R\$ 490,00 |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS  |            | R\$ 850,00 |
| ANTIBIOGRAMA   | 0202080013 | R\$ 4,98   |
| ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA                                     | 0202080021 | R\$ 13,33  |
| ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS  | 0202080030 | R\$ 13,33  |
| ANTICOAGULANTE LÚPICO  | 1080301301 | R\$ 21,80  |
| ANTICORPOS ANTI TRANSGLUTAMINASE IGA   | 0009016430 | R\$ 82,00  |
| ANTICORPOS ANTI TRANSGLUTAMINASE IGG   | 0009016325 | R\$ 98,00  |
| ANTICORPOS ENDOMISIO IGA   | 0000090239 | R\$ 30,00  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| ANTICORPOS ENDOMISIO IGG  | 0009016007 | R\$ 30,00  |
| ANTICORPOS ENDOMISIO IGM  | 0009016120 | R\$ 85,00  |
| ANTIGENO ASSOCIADO AO CANCER DE MAMA (CA 15-3)  | 0000090166 | R\$ 12,00  |
| ANTIGENO ASSOCIADO AO CANCER GASTROENTESTINAL (CA 19-9)   | 0000090174 | R\$ 12,00  |
| ANTIGENO ASSOCIADO CANCER DE OVARIO (CA 125)  | 0000090158 | R\$ 20,00  |
| APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS IMUNOBIOLOGICOS   | 1080301535 | R\$ 220,00 |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/<br>COMPROMETIMENTO COGNITIVO  | 0302060049 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ DISTURBIOS<br>NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS  | 0302060014 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE / POS-<br>OPERATORIO DE NEUROCIRURGIA                           | 0302060057 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISTURBIOS<br>NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 0302060022 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS<br>PALIATIVOS   | 0302020012 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO<br>RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS               | 0302040013 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO<br>RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS               | 0302040021 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM ALTERACOES<br>OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS                             | 0302030026 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS<br>POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)             | 0302070036 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO<br>CLINICO CARDIOVASCULAR                               | 0302040030 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE MEDIO QUEIMADO   | 0302070010 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS<br>CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS                               | 0302010017 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE ONCOLOGICO<br>CLINICO  | 0302020020 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE PRE / POS<br>CIRURGIA CARDIOVASCULAR                                   | 0302040048 | R\$ 15,00  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNCOES UROGINECOLOGICAS                                    | 0302010025 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM ALTERACOES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO | 0302030018 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE/POS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS         | 0302050019 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS   | 0302050027 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR                                   | 0302060030 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DISFUNCOES VASCULARES PERIFÉRICAS  | 0302040056 | R\$ 15,00  |
| ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA  | 0301080178 | R\$ 60,00  |
| AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE  | 0211070033 | R\$ 40,00  |
| AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA/OSSEA)  | 0211070041 | R\$ 50,00  |
| AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA  | 0211090018 | R\$ 396,00 |
| BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR   | 0202080048 | R\$ 4,20   |
| BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)  | 0202080056 | R\$ 4,20   |
| BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (TUBERCULOSE)   | 0202080064 | R\$ 4,20   |
| BACTEROSCOPIA (GRAM)  | 0202080072 | R\$ 2,80   |
| BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR  | 0211060011 | R\$ 24,24  |
| BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE   | 0201010020 | R\$ 14,40  |
| BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL  | 0201010046 | R\$ 18,46  |
| BIOPSIA DE FARINGE  | 0201010194 | R\$ 19,00  |
| BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO  | 0201010216 | R\$ 200,00 |
| BIOPSIA DE PALPEBRA   | 0201010356 | R\$ 18,33  |
| BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR   | 0201010364 | R\$ 14,66  |
| BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES  | 0201010372 | R\$ 100,00 |
| BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL   | 0201010399 | R\$ 19,00  |
| BIOPSIA DE PLEURA (POR AGULHA / PLEUROSCOPIA)   | 0201010402 | R\$ 113,68 |
| BIOPSIA DE PROSTATA   | 0201010410 | R\$ 46,19  |
| BIOPSIA DE SEIO PARANASAL   | 0201010445 | R\$ 19,00  |
| BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA   | 0201010526 | R\$ 46,44  |
| CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA MONOCULAR   | 0211060038 | R\$ 40,00  |
| CAPSULOTOMIA A YAG LASER (MONOCULAR)  | 0405050020 | R\$ 230,00 |
| CAPTURA HIBRIDA SONDAS ALTO E BAIXO RISCO   | 0009016961 | R\$ 230,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| CARDIOLIPINA IGA, AUTO ANTICORPOS  | 1080301300 | R\$ 18,18  |
| CAUTERIZAÇÃO PARA EPISTAXE   | 1080301437 | R\$ 158,13 |
| CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES  | 0303080019 | R\$ 435,00 |
| CERATOMETRIA MONOCULAR   | 0211060054 | R\$ 3,37   |
| CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO  | 0208050019 | R\$ 180,32 |
| CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                             | 0208090010 | R\$ 979,34 |
| CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)  | 0208020012 | R\$ 143,92 |
| CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)   | 0208090029 | R\$ 378,00 |
| CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) | 0208010025 | R\$ 666,00 |
| CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)  | 0208010033 | R\$ 630,00 |
| CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)                                  | 0208050035 | R\$ 297,00 |
| CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES   | 0208030018 | R\$ 324,54 |
| CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)  | 0208060014 | R\$ 433,00 |
| CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO (SALIVOGRAMA)                                   | 0208070028 | R\$ 159,10 |
| CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)  | 0208070036 | R\$ 138,37 |
| CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)  | 0208070044 | R\$ 143,00 |
| CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO  | 0208030026 | R\$ 210,00 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL   | 0208020080 | R\$ 189,00 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA  | 0208020098 | R\$ 200,00 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA                                      | 0208020101 | R\$ 310,82 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO  | 0208020110 | R\$ 180,00 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO   | 0208030042 | R\$ 338,70 |
| CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)  | 0208040056 | R\$ 283,94 |
| CINTILOGRAFIA RENAL DTPA   | 0009016970 | R\$ 333,33 |
| CITOLOGIA P/ CLAMIDIA  | 0202090035 | R\$ 4,33   |
| CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS   | 0202090043 | R\$ 4,33   |
| CITOQUIMICA HEMATOLOGICA   | 0202020010 | R\$ 6,48   |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| CLEARANCE DE CREATININA  | 0202050025 | R\$ 3,51   |
| CLEARANCE DE FOSFATO   | 0202050033 | R\$ 3,51   |
| CLEARANCE DE UREIA   | 0202050041 | R\$ 3,51   |
| CLEARANCE OSMOLAR  | 0202010015 | R\$ 3,51   |
| CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE (ENEMA BARITADO - RADIOGRAFIA CÓLON E RETO) | 0204050014 | R\$ 69,00  |
| COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA  | 0204050030 | R\$ 47,00  |
| COLANGIOGRAFIA PRE-OPERATORIA  | 0204050022 | R\$ 47,00  |
| Coleta e preparo de exames para análise pelo LACEN                           | 1080301395 | R\$ 15,00  |
| Coleta Residencial de Exames laboratoriais perímetro Rural                   | 1080301394 | R\$ 30,00  |
| Coleta Residencial de Exames laboratoriais perímetro Urbano                  | 1080301393 | R\$ 15,00  |
| COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (D.I.U)                              | 0301040141 | R\$ 100,00 |
| COLONOSCOPIA   | 0209010029 | R\$ 550,00 |
| COLPOSCOPIA  | 0211040029 | R\$ 100,00 |
| COLPOSCOPIA COM BIOPSIA SEM ANALISE  | 0009016791 | R\$ 130,00 |
| CONSULTA COM CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL             | 0009016317 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA EM PSICOLOGIA (PRIMEIRA AVALIAÇÃO)                                  | 1080301542 | R\$ 60,00  |
| CONSULTA MÉDICA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA                           | 1080301384 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM ANGIOLOGIA  | 0009016880 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                     | 0301010072 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA   | 0009016830 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA (Somente acima de 18 anos)                    | 1080301422 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA                                    | 1080301381 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL  | 0009016635 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM DERMATOLOGIA  | 1080301328 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM ENDOCRINOLOGIA  | 0009016899 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM GASTROENTEROLOGIA   | 0009016651 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM GERIATRIA   | 1080301424 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA   | 1080301382 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA E/OU OBSTETRICIA                              | 0009016767 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM HEPATOLOGIA   | 1080301457 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM IMUNOLOGIA  | 1080301341 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM MASTOLOGIA  | 0009016872 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM NEFROLOGIA (Acima de 18 anos)                             | 1080301460 | R\$ 110,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| CONSULTA MÉDICA EM NEUROCIRURGIA   | 1080301343 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA  | 0009016473 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM NEUROPEDIATRIA  | 1080301334 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA (incluso; Gonioscopia, Fundoscopia, Check-up de Glaucoma e Tonometria) | 0009016864 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM ONCOLOGIA   | 1080301333 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM ONCOLOGIA (Cabeça e pescoço)  | 1070301455 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM ORTOPEDIA   | 0009016414 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA  | 1080301360 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA  | 0009016783 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM PEDIATRIA   | 0009016775 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA   | 1080301342 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM PROCTOLOGIA   | 0009016848 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL  | 0009016368 | R\$ 130,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL (Acima de 18 anos)                         | 1080301431 | R\$ 130,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA INFANTIL (Até 20 anos)  | 1080301436 | R\$ 130,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM REUMATOLOGIA  | 0009016740 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM UROLOGIA  | 0009016457 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM UROLOGIA (Específica litotripsia)   | 1080301345 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA EM VASCULAR  | 0009016953 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PÓS CIRÚRGICA EM CIRURGIA GERAL  | 1080301290 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PÓS CIRÚRGICA EM GINECOLOGIA OU OBSTETRICIA  | 1080301291 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PÓS CIRÚRGICA EM NEUROLOGIA  | 1080301296 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PÓS CIRÚRGICA EM OFTALMOLOGIA  | 1080301292 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PÓS CIRÚRGICA EM ORTOPEDIA   | 1080301293 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PÓS CIRÚRGICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA  | 1080301294 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PÓS CIRÚRGICA EM UROLOGIA  | 1080301295 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PÓS CIRÚRGICA VASCULAR   | 1080301332 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-ANESTÉSICA   | 0000090360 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-CIRÚRGICA EM CIRURGIA GERAL  | 1080301282 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-CIRÚRGICA EM GINECOLOGIA OU OBSTETRICIA  | 1080301283 | R\$ 110,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-CIRÚRGICA EM NEUROLOGIA                         | 1080301285 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-CIRÚRGICA EM OFTALMOLOGIA                       | 1080301286 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-CIRÚRGICA EM ORTOPEDIA                          | 1080301287 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-CIRÚRGICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA               | 1080301288 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-CIRÚRGICA EM UROLOGIA                           | 1080301289 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA PRÉ-CIRÚRGICA VASCULAR                              | 1080301331 | R\$ 110,00 |
| CONSULTA MÉDICA RETORNO   | 1080301465 | R\$ 0,00   |
| CONTAGEM DE ADDIS   | 0202050050 | R\$ 2,04   |
| CONTAGEM DE LINFOCITOS B  | 0202030016 | R\$ 15,00  |
| CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8                                      | 0202030024 | R\$ 15,00  |
| CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS                                     | 0202030032 | R\$ 15,00  |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS   | 0202020029 | R\$ 2,73   |
| CONTAGEM DE RETICULOCITOS   | 0202020037 | R\$ 2,73   |
| CONTAGEM ESPECÍFICA DE CELULAS NO LIQUOR                            | 0202090051 | R\$ 1,89   |
| CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR                                | 0202090060 | R\$ 1,89   |
| CONTRASTE PARA RESSONANCIA MAGNETICA                                | 0000090123 | R\$ 77,00  |
| CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA   | 1080301363 | R\$ 55,00  |
| CORE BIOPSY FIGADO  | 0009016686 | R\$ 520,00 |
| CORE BIOPSY MAMA SEM LIMITE NODULOS                                 | 0009016694 | R\$ 520,00 |
| CORE BIOPSY PROSTATA DOZE FRAGMENTOS                                | 0009016678 | R\$ 400,00 |
| CORE BIOPSY PULMAO  | 0009016716 | R\$ 520,00 |
| CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO                | 0309030048 | R\$ 30,00  |
| CRIOCIRURGIA  | 1080301362 | R\$ 150,00 |
| CRIOTERAPIA (grupo de 5 lesões)                                     | 1080301361 | R\$ 100,00 |
| CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO                               | 0202080080 | R\$ 5,62   |
| CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)                        | 0202080099 | R\$ 4,33   |
| CULTURA P/ HERPESVIRUS  | 0202080102 | R\$ 4,33   |
| CULTURA PARA BAAR   | 0202080110 | R\$ 5,63   |
| CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS                                  | 0202080129 | R\$ 10,25  |
| CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS                                | 0202080137 | R\$ 4,19   |
| CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE UREAPLASMA                            | 0009016422 | R\$ 30,00  |
| CULTURA PARA IDENTIFICACAO DO MICOPLASMA                            | 0009016015 | R\$ 30,00  |
| CURVA DE TOLERANCIA A LACTOSE                                       | 0009016260 | R\$ 35,00  |
| CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)<br>MONOCULAR | 0211060062 | R\$ 10,11  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| CUSTO HOSPITALAR BERA COM SEDAÇÃO   | 1080301447 | R\$ 700,00 |
| DENSITOMETRIA OSSEA DE COLUNA OU FÊMUR  | 0204060028 | R\$ 61,00  |
| DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)  | 0202030040 | R\$ 65,00  |
| DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)                                      | 0202030059 | R\$ 96,00  |
| DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS   | 0202120015 | R\$ 10,65  |
| DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO  | 0202010023 | R\$ 2,01   |
| DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TE                              | 0202100014 | R\$ 180,00 |
| DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS) | 0202100022 | R\$ 160,00 |
| DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)                     | 0202100030 | R\$ 160,00 |
| DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)  | 0202030067 | R\$ 9,25   |
| DETERMINACAO DE CREMATOCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO                                    | 0202010775 | R\$ 1,53   |
| DETERMINACAO DE CROMATOGRRAFIA DE AMINOACIDOS   | 0202010031 | R\$ 15,65  |
| DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR   | 0202020045 | R\$ 2,73   |
| DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)  | 0202010040 | R\$ 3,63   |
| DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 dosagens)                     | 0202010066 | R\$ 3,68   |
| DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 dosagens)                     | 0202010058 | R\$ 6,55   |
| DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)                                     | 0202010074 | R\$ 10,00  |
| DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)   | 0202020053 | R\$ 2,73   |
| DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE  | 0202030075 | R\$ 2,83   |
| DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIEL                              | 0202090078 | R\$ 6,56   |
| DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE  | 0202060012 | R\$ 12,54  |
| DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE  | 0202050068 | R\$ 3,70   |
| DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE  | 0202010082 | R\$ 3,51   |
| DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIIS  | 0203020014 | R\$ 93,70  |
| DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3  | 0202060020 | R\$ 12,54  |
| DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA   | 0202020061 | R\$ 2,73   |
| DETERMINACAO DE T3 REVERSO  | 0202060039 | R\$ 14,69  |
| DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO   | 0202020070 | R\$ 2,73   |
| DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA  | 0202020088 | R\$ 2,73   |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7/AB-91C9-593F> e informe o código C2D1-E7/AB-91C9-593F



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |           |
|---|------------|-----------|
| DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE                           | 0202020096 | R\$ 2,73  |
| DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY                           | 0202020100 | R\$ 2,73  |
| DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS                        | 0202020118 | R\$ 5,79  |
| DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA                                     | 0202020126 | R\$ 2,85  |
| DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | 0202020134 | R\$ 5,77  |
| DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | 0202020142 | R\$ 2,73  |
| DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)                | 0202020150 | R\$ 2,73  |
| DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO                            | 0202120023 | R\$ 1,37  |
| DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA                       | 0202030083 | R\$ 9,25  |
| Dímero-D (D-dímero) quantitativo                                      | 1080301383 | R\$ 55,00 |
| DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO                                  | 0202031195 | R\$ 17,16 |
| DOSAGEM DE VITAMINA D OH  | 0009016228 | R\$ 30,00 |
| DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA                                | 0202060047 | R\$ 10,20 |
| DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS                                    | 0202060055 | R\$ 6,72  |
| DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES                                 | 0202060063 | R\$ 6,72  |
| DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                       | 0202010767 | R\$ 15,24 |
| DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE   | 0202010090 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE ACETONA  | 0202010104 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)                 | 0202060071 | R\$ 6,72  |
| DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO  | 0202010112 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO                                | 0202070018 | R\$ 2,06  |
| DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO   | 0202070026 | R\$ 2,23  |
| DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO  | 0202070034 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO                                       | 0202070042 | R\$ 2,04  |
| DOSAGEM DE ACIDO URICO  | 0202010120 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO  | 0202070050 | R\$ 15,65 |
| DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO                                       | 0202010139 | R\$ 9,00  |
| DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)                               | 0202050076 | R\$ 3,70  |
| DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)                                | 0202060080 | R\$ 14,12 |
| DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE  | 0202070069 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO   | 0202070077 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE ALDOLASE   | 0202010147 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE ALDOSTERONA  | 0202060098 | R\$ 11,89 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |           |
|---|------------|-----------|
| DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA                                      | 0202010155 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA                               | 0202010163 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA                                    | 0202010171 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA  | 0202030091 | R\$ 15,06 |
| DOSAGEM DE ALUMINIO   | 0202070085 | R\$ 27,50 |
| DOSAGEM DE AMILASE  | 0202010180 | R\$ 2,25  |
| DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS   | 0202070093 | R\$ 10,00 |
| DOSAGEM DE AMONIA   | 0202010198 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE AMP CICLICO  | 0202060101 | R\$ 12,01 |
| DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA  | 0202060110 | R\$ 11,53 |
| DOSAGEM DE ANFETAMINAS  | 0202070107 | R\$ 10,00 |
| DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE                                | 0202020169 | R\$ 4,11  |
| DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | 0202031187 | R\$ 18,55 |
| DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS                              | 0202070115 | R\$ 10,00 |
| DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA                       | 0202030105 | R\$ 16,42 |
| DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO LIVRE PSA LIVRE                      | 0009016139 | R\$ 15,00 |
| DOSAGEM DE ANTITROMBINA III   | 0202020177 | R\$ 6,48  |
| DOSAGEM DE BARBITURATOS   | 0202070123 | R\$ 13,13 |
| DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS  | 0202070131 | R\$ 13,48 |
| DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA                                    | 0202030113 | R\$ 13,55 |
| DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                              | 0202010201 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE CADMIO   | 0202070140 | R\$ 6,55  |
| DOSAGEM DE CALCIO   | 0202010210 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL   | 0202010228 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE CALCITONINA  | 0202060128 | R\$ 14,38 |
| DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA  | 0202070158 | R\$ 17,53 |
| DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA                                      | 0202070166 | R\$ 4,11  |
| DOSAGEM DE CAROTENO   | 0202010236 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE CERULOPLASMINA   | 0202010252 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE CHUMBO   | 0202070174 | R\$ 8,83  |
| DOSAGEM DE CICLOSPORINA   | 0202070182 | R\$ 58,61 |
| DOSAGEM DE CITRATO  | 0202050084 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE CLORETO  | 0202010260 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE COBRE  | 0202070190 | R\$ 3,51  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |           |
|--|------------|-----------|
| DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                                | 0202010279 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE COLESTEROL LDL                                | 0202010287 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                              | 0202010295 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE COLINESTERASE                                 | 0202010309 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3                                | 0202030121 | R\$ 17,16 |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4                                | 0202030130 | R\$ 17,16 |
| DOSAGEM DE CORTISOL                                      | 0202060136 | R\$ 9,86  |
| DOSAGEM DE CREATININA                                    | 0202010317 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO               | 0202090086 | R\$ 1,89  |
| DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                    | 0202010325 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                | 0202010333 | R\$ 4,12  |
| DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)                 | 0202060144 | R\$ 11,25 |
| DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA            | 0202010341 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA                       | 0202010350 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                          | 0202010368 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) | 0202010376 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)            | 0202070204 | R\$ 8,97  |
| DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                      | 0202060152 | R\$ 11,71 |
| DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL                      | 0202040011 | R\$ 1,65  |
| DOSAGEM DE ESTRADIOL                                     | 0202060160 | R\$ 10,15 |
| DOSAGEM DE ESTRIOL                                       | 0202060179 | R\$ 11,55 |
| DOSAGEM DE ESTRONA                                       | 0202060187 | R\$ 11,12 |
| DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA                                  | 0202070212 | R\$ 15,65 |
| DOSAGEM DE FATOR II FAN                                  | 0202020185 | R\$ 5,31  |
| DOSAGEM DE FATOR IX                                      | 0202020193 | R\$ 7,63  |
| DOSAGEM DE FATOR V                                       | 0202020207 | R\$ 4,73  |
| DOSAGEM DE FATOR VII                                     | 0202020215 | R\$ 8,09  |
| DOSAGEM DE FATOR VIII                                    | 0202020223 | R\$ 6,63  |
| DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)                         | 0202020231 | R\$ 15,00 |
| DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)               | 0202020240 | R\$ 18,91 |
| DOSAGEM DE FATOR X                                       | 0202020258 | R\$ 6,66  |
| DOSAGEM DE FATOR XI                                      | 0202020266 | R\$ 9,11  |
| DOSAGEM DE FATOR XII                                     | 0202020274 | R\$ 10,51 |
| DOSAGEM DE FATOR XIII                                    | 0202020282 | R\$ 6,66  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |           |
|---|------------|-----------|
| DOSAGEM DE FENITOINA                                      | 0202070220 | R\$ 35,22 |
| DOSAGEM DE FENOL  | 0202070239 | R\$ 2,05  |
| DOSAGEM DE FERRITINA                                      | 0202010384 | R\$ 15,59 |
| DOSAGEM DE FERRO SERICO                                   | 0202010392 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE FIBRINOGENIO                                   | 0202020290 | R\$ 4,60  |
| DOSAGEM DE FOLATO   | 0202010406 | R\$ 15,65 |
| DOSAGEM DE FORMALDEIDO                                    | 0202070247 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA                     | 0202090221 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL                          | 0202010414 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                             | 0202010422 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA                  | 0202090094 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE FOSFORO  | 0202010430 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA           | 0202010449 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE FRUTOSE  | 0202090108 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA                             | 0202090116 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE GALACTOSE                                      | 0202010457 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)            | 0202010465 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE GASTRINA                                       | 0202060195 | R\$ 14,15 |
| DOSAGEM DE GLICOSE  | 0202010473 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES         | 0202090124 | R\$ 1,89  |
| DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE                | 0202010481 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA           | 0202060209 | R\$ 15,35 |
| DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | 0202060217 | R\$ 7,85  |
| DOSAGEM DE GORDURA FECAL                                  | 0202040020 | R\$ 3,04  |
| DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA                                   | 0202010490 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                                    | 0202020304 | R\$ 1,53  |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC             | 0202020312 | R\$ 2,73  |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL                              | 0202020320 | R\$ 2,73  |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                        | 0202010503 | R\$ 7,86  |
| DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA                                  | 0202020339 | R\$ 2,73  |
| DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA                                 | 0202010511 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)                  | 0202060225 | R\$ 10,21 |
| DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)            | 0202060233 | R\$ 7,89  |
| DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                     | 0202060241 | R\$ 8,97  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |           |
|---|------------|-----------|
| DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)          | 0202060250 | R\$ 8,96  |
| DOSAGEM DE IGG TOTAL                                | 0009016333 | R\$ 18,00 |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)                   | 0202030156 | R\$ 17,16 |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)                   | 0202030164 | R\$ 9,25  |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)                   | 0202030180 | R\$ 17,16 |
| DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE                  | 0202030199 | R\$ 9,25  |
| DOSAGEM DE INSULINA                                 | 0202060268 | R\$ 10,17 |
| DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE                    | 0202010520 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE LACTATO                                  | 0202010538 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE                   | 0202010546 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE LIPASE                                   | 0202010554 | R\$ 2,25  |
| DOSAGEM DE LITIO                                    | 0202070255 | R\$ 2,25  |
| DOSAGEM DE MAGNESIO                                 | 0202010562 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE MERCURIO                                 | 0202070263 | R\$ 2,04  |
| DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA                   | 0202070280 | R\$ 10,00 |
| DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA                         | 0202070271 | R\$ 4,11  |
| DOSAGEM DE METOTREXATO                              | 0202070298 | R\$ 10,00 |
| DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                   | 0202050092 | R\$ 8,12  |
| DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS                           | 0202010570 | R\$ 2,01  |
| DOSAGEM DE OXALATO                                  | 0202050106 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE PARATORMONIO                             | 0202060276 | R\$ 43,13 |
| DOSAGEM DE PEPTIDEO C                               | 0202060284 | R\$ 15,35 |
| DOSAGEM DE PIRUVATO                                 | 0202010589 | R\$ 3,68  |
| DOSAGEM DE PLASMINOGENIO                            | 0202020347 | R\$ 4,11  |
| DOSAGEM DE PORFIRINAS                               | 0202010597 | R\$ 3,51  |
| DOSAGEM DE POTASSIO                                 | 0202010600 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE PROGESTERONA                             | 0202060292 | R\$ 10,22 |
| DOSAGEM DE PROLACTINA                               | 0202060306 | R\$ 10,15 |
| DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                       | 0202030202 | R\$ 2,83  |
| DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)            | 0202050114 | R\$ 2,04  |
| DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | 0202090132 | R\$ 1,89  |
| DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                         | 0202010619 | R\$ 1,40  |
| DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES               | 0202010627 | R\$ 1,85  |
| DOSAGEM DE QUINIDINA                                | 0202070301 | R\$ 10,00 |
| DOSAGEM DE RENINA                                   | 0202060314 | R\$ 13,19 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| DOSAGEM DE SALICILATOS  | 0202070310 | R\$ 2,01   |
| DOSAGEM DE SODIO  | 0202010635 | R\$ 1,85   |
| DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)  | 0202060322 | R\$ 15,35  |
| DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)                                  | 0202060330 | R\$ 13,11  |
| DOSAGEM DE SULFATOS   | 0202070328 | R\$ 3,51   |
| DOSAGEM DE TEOFILINA  | 0202070336 | R\$ 15,65  |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA   | 0202060349 | R\$ 10,43  |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE   | 0202060357 | R\$ 13,11  |
| DOSAGEM DE TIOCIANATO   | 0202070344 | R\$ 3,68   |
| DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA   | 0202060365 | R\$ 15,35  |
| DOSAGEM DE TIROXINA (T4)  | 0202060373 | R\$ 8,76   |
| DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)  | 0202060381 | R\$ 11,60  |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)                                 | 0202010643 | R\$ 2,01   |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)                                    | 0202010651 | R\$ 2,01   |
| DOSAGEM DE TRANSFERRINA   | 0202010660 | R\$ 4,12   |
| DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS   | 0202010678 | R\$ 3,51   |
| DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)   | 0202060390 | R\$ 8,71   |
| DOSAGEM DE TRIPTOFANO   | 0202010686 | R\$ 3,51   |
| DOSAGEM DE TROPONINA  | 0202031209 | R\$ 9,00   |
| DOSAGEM DE UREIA  | 0202010694 | R\$ 1,85   |
| DOSAGEM DE VITAMINA B12   | 0202010708 | R\$ 15,24  |
| DOSAGEM DE ZINCO  | 0202070352 | R\$ 15,65  |
| DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125  | 0202031217 | R\$ 13,35  |
| DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS                                      | 0202050122 | R\$ 3,04   |
| DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA  | 0405010044 | R\$ 23,00  |
| DUODENOGRAFIA HIPOTONICA  | 0204050049 | R\$ 50,00  |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER)                          | 0205010032 | R\$ 209,00 |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER) PEDIÁTRICO               | 0205010032 | R\$ 209,00 |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER) SOMENTE ACIMA DE 18 ANOS | 0205010032 | R\$ 209,00 |
| ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO   | 1080301446 | R\$ 600,00 |
| ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FÍSICO  | 1080301439 | R\$ 600,00 |
| ECOCARDIOGRAMA FETAL  | 0009016406 | R\$ 275,00 |
| ECODOPPLER CAROTIDAS E ARTERIAS VERTEBRAIS  | 0009016481 | R\$ 198,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| ELETROCARDIOGRAMA   | 0211020036 | R\$ 33,00  |
| ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA (grupo de 5 lesões)   | 0401010040 | R\$ 140,00 |
| ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/<br>FOTO-ESTIMULO   | 0211050024 | R\$ 120,00 |
| ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ MEDICAMENTO<br>(sedação)  | 0211050032 | R\$ 450,00 |
| ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA   | 0202020355 | R\$ 5,41   |
| ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS   | 0202010716 | R\$ 3,68   |
| ELETROFORESE DE PROTEINAS   | 0202010724 | R\$ 4,42   |
| ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR   | 0202090159 | R\$ 5,23   |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE  | 0000090034 | R\$ 252,00 |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES  | 0000090042 | R\$ 310,00 |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES   | 0000090069 | R\$ 460,00 |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES  | 0000090050 | R\$ 310,00 |
| ELETRORETINOGRRAFIA   | 0211060089 | R\$ 24,24  |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA<br>ORELHINHA)   | 0211070149 | R\$ 25,00  |
| ENDOSCOPIA COM SEDAÇÃO E BIÓPSIA PARA TESTE DE UREASE   | 0009016350 | R\$ 280,00 |
| EPILOCAO DE CILIOS  | 0405010060 | R\$ 32,00  |
| ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)   | 0202020363 | R\$ 2,73   |
| ESCANOMETRIA  | 0204060036 | R\$ 22,00  |
| ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO   | 0202090167 | R\$ 6,56   |
| ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/<br>BRONCODILATADOR   | 0211080055 | R\$ 120,00 |
| ESPLENOGRAMA  | 0202090175 | R\$ 5,79   |
| EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA   | 0203020065 | R\$ 45,83  |
| EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA  | 0203020081 | R\$ 40,78  |
| EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA<br>CIRURGICA  | 0203020022 | R\$ 61,77  |
| EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA<br>POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLOUTERINO E<br>MAMA) | 0203020030 | R\$ 40,78  |
| EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-<br>RASTREAMENTO  | 0203010086 | R\$ 14,37  |
| EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA   | 0203010019 | R\$ 13,72  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |              |
|--|------------|--------------|
| EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA   | 0203010043 | R\$ 35,34    |
| EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)                           | 0203010027 | R\$ 20,96    |
| EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL  | 0202040038 | R\$ 3,04     |
| EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS                | 0202090183 | R\$ 1,89     |
| EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)   | 0202080145 | R\$ 2,80     |
| EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS  | 0202050130 | R\$ 3,70     |
| EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS              | 0405010079 | R\$ 215,00   |
| EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO  | 0401020088 | R\$ 180,00   |
| EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA   | 0405050089 | R\$ 113,00   |
| EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA                         | 0401010074 | R\$ 180,00   |
| EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO             | 0401020100 | R\$ 180,00   |
| FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR   | 0202120031 | R\$ 10,65    |
| FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (MONOCULAR)   | 0405030045 | R\$ 240,00   |
| GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE ) COLETA ARTERIAL | 0202010732 | R\$ 52,50    |
| GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C   | 0202030210 | R\$ 298,48   |
| GONIOSCOPIA  | 0211060119 |              |
| GUSTOMETRIA  | 0211070190 | R\$ 2,06     |
| HEMATOCRITO  | 0202020371 | R\$ 1,53     |
| HEMOCULTURA  | 0202080153 | R\$ 11,49    |
| HEMOGRAMA COMPLETO   | 0202020380 | R\$ 4,11     |
| HIBRIDIZAÇÃO IN SITU Sonda ALTO RISCO  | 0009016945 | R\$ 340,00   |
| HLA B VINTE E SETE   | 0009016449 | R\$ 87,00    |
| IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS                                      | 0202080161 | R\$ 5,63     |
| IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS              | 0202120040 | R\$ 10,65    |
| IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS   | 0202040046 | R\$ 1,65     |
| IGFBP  | 0009016490 | R\$ 43,00    |
| IMITANCIOMETRIA  | 0211070203 | R\$ 97,45    |
| IMPLANTAÇÃO (PRÉ-CLÍNICO E INTERCONSULTA)  | 1080301520 | R\$ 2.500,00 |
| IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS  | 0202030229 | R\$ 17,16    |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)                      | 0202030237 | R\$ 80,00  |
| IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)                     | 0203020049 | R\$ 131,52 |
| INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO  | 0401010104 | R\$ 15,00  |
| ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA   | 1080301298 | R\$ 8,44   |
| INTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS (ATENDIMENTO ESPECIALIZADO)                     | 1080301521 | R\$ 1,00   |
| INTERNACAO COMUNIDADE TERAPEUTICA PACIENTE DEPENDENCIA DE SUBST PSICOATIVAS | 0000090115 | R\$ 44,00  |
| INTERNACAO EM HOSPITAL P TRAT CLINICO TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS | 0009016643 | R\$ 99,00  |
| IODOTERAPIA TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE                            | 0303120070 | R\$ 998,40 |
| IRIDOTOMIA A LASER (MONOCULAR)  | 0405050194 | R\$ 240,00 |
| LARINGOSCOPIA   | 0209040025 | R\$ 90,00  |
| LEUCOGRAMA  | 0202020398 | R\$ 2,73   |
| LITOTRIPSIA   | 0409010189 | R\$ 688,00 |
| LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF) OU Audiometria Vocal                          | 0211070211 | R\$ 42,53  |
| MAMOGRAFIA BILATERAL  | 0009016287 | R\$ 72,00  |
| MAPEAMENTO DE RETINA MONOCULAR  | 0211060127 | R\$ 24,24  |
| Mascara PFF2  |            | R\$ 1,90   |
| Mascara tripla descartável modelo oval 1 elástico                           |            | R\$ 0,19   |
| Mascara tripla descartável modelo retangular 2 elásticos                    |            | R\$ 0,28   |
| MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA MONOCULAR                                   | 0211060143 | R\$ 24,24  |
| MIELOGRAMA  | 0202090191 | R\$ 5,79   |
| MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)   | 0701030151 | R\$ 40,00  |
| MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)                          | 0211020044 | R\$ 154,00 |
| MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (MAPA)                       | 0211020052 | R\$ 154,00 |
| MRPA - MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL                        | 1080301533 | R\$ 120,00 |
| NASOFIBROLARINGOSCOPIA  | 1080301421 | R\$ 126,47 |
| Óculos de Proteção  |            | R\$ 3,70   |
| PAAF DE LINFONODO   | 1080301451 | R\$ 300,00 |
| PAAF DE LINFONODO CERVICAL  | 1080301448 | R\$ 300,00 |
| PAAF DE PAROTIDAS   | 1080301450 | R\$ 300,00 |
| PAAF DE REGIÃO CERVICAL   | 1080301449 | R\$ 300,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| PAAF MAMARIA PUNCAO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA SEM LIMITE NODULOS     | 0009016724 | R\$ 300,00 |
| PAAF TIREOIDE PUNCAO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA SEM LIMITE DE NODULOS | 0009016732 | R\$ 300,00 |
| PAQUIMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR                                    | 0205020020 | R\$ 14,81  |
| PCR PARA DSTS CLAMYDIA  | 0009016503 | R\$ 140,00 |
| PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI   | 0202080170 | R\$ 4,33   |
| PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)                 | 0202050149 | R\$ 3,70   |
| PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA  | 0202050157 | R\$ 3,04   |
| PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA                                      | 0202050165 | R\$ 3,70   |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA                            | 0202030253 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA                            | 0202030261 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS                                 | 0202030377 | R\$ 9,25   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS                                     | 0202030385 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS                                | 0202030393 | R\$ 9,25   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS                                   | 0202030407 | R\$ 3,70   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO                                 | 0202030415 | R\$ 5,83   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)          | 0202030423 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL                          | 0202030431 | R\$ 17,16  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA                                       | 0202030270 | R\$ 8,67   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS                                | 0202030440 | R\$ 9,25   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)                      | 0202030458 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES                            | 0202030466 | R\$ 9,70   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )                  | 0202090213 | R\$ 9,70   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)                    | 0202030474 | R\$ 2,83   |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO                                     | 0202030482 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG ou IGM ou IGA        | 0202030490 | R\$ 17,16  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO                                  | 0202030504 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI                       | 0202030288 | R\$ 17,16  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)                      | 0202030296 | R\$ 85,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)                     | 0202030300 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2                           | 0202030318 | R\$ 18,55  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS                       | 0202030512 | R\$ 10,00  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |           |
|--|------------|-----------|
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA  | 0202030520 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS   | 0202030539 | R\$ 4,10  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA  | 0202030547 | R\$ 5,50  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS   | 0202030555 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA   | 0202030563 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO  | 0202030571 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO  | 0202030580 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO  | 0202030598 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS   | 0202030601 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS  | 0202030610 | R\$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)                                   | 0202030326 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS   | 0202030334 | R\$ 5,74  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM   | 0202030342 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)  | 0202030350 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)  | 0202030369 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA  | 0202030628 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | 0202030636 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)             | 0202030644 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA  | 0202030652 | R\$ 7,78  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII                                     | 0202030660 | R\$ 9,71  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                         | 0202030679 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)                         | 0202030687 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO                                       | 0202030695 | R\$ 9,25  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS                            | 0202030709 | R\$ 4,10  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO                   | 0202030717 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA  | 0202030725 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BAR                          | 0202030733 | R\$ 2,83  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGA ELISA ANTICLAMIDIA  | 0000090182 | R\$ 20,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS   | 0202030741 | R\$ 11,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |           |
|--|------------|-----------|
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS   | 0202030750 | R\$ 9,25  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA  | 0202030768 | R\$ 16,97 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | 0202030776 | R\$ 9,25  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | 0202030784 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE                                | 0202030792 | R\$ 30,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                          | 0202030806 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                       | 0202030814 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES                               | 0202030822 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                     | 0202030830 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES                                   | 0202030849 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ELISA ANTICLAMIDIA  | 0000090212 | R\$ 20,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG IFI ANTICLAMIDIA  | 0000090190 | R\$ 30,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS   | 0202030857 | R\$ 11,61 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS   | 0202030865 | R\$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA  | 0202030873 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | 0202030881 | R\$ 9,25  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS                                | 0202030890 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE                                | 0202030903 | R\$ 20,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                          | 0202030911 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                       | 0202030920 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES                               | 0202030938 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                     | 0202030946 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES                                   | 0202030954 | R\$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ELISA ANTICLAMIDIA  | 0000090204 | R\$ 20,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM IFI ANTICLAMIDIA  | 0000090220 | R\$ 30,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO                                  | 0202120058 | R\$ 5,79  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |           |
|---|------------|-----------|
| PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C                   | 0202120066 | R\$ 5,79  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO                 | 0202120074 | R\$ 5,79  |
| PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)                     | 0202030962 | R\$ 13,55 |
| PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | 0202030970 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)             | 0202030989 | R\$ 18,55 |
| PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA                   | 0202020401 | R\$ 25,00 |
| PESQUISA DE BACILO DIFTERICO                                      | 0202080188 | R\$ 2,80  |
| PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA                   | 0202050173 | R\$ 2,04  |
| PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA                          | 0202050181 | R\$ 2,40  |
| PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR                          | 0202090230 | R\$ 1,89  |
| PESQUISA DE CELULAS LE  | 0202020410 | R\$ 4,11  |
| PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS                                  | 0202090248 | R\$ 1,89  |
| PESQUISA DE CISTINA NA URINA                                      | 0202050190 | R\$ 2,04  |
| PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)                        | 0202030997 | R\$ 60,00 |
| PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA                               | 0202050203 | R\$ 2,04  |
| PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ                                  | 0202020428 | R\$ 2,73  |
| PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS  | 0202031004 | R\$ 2,83  |
| PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA                            | 0202090256 | R\$ 1,89  |
| PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)              | 0202040054 | R\$ 1,65  |
| PESQUISA DE EOSINOFILOS   | 0202040062 | R\$ 1,65  |
| PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA                  | 0202050211 | R\$ 3,70  |
| PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES                                       | 0009016244 | R\$ 4,80  |
| PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)                     | 0202090264 | R\$ 4,80  |
| PESQUISA DE ESTREPTOCOCO DO GRUPO B EM SWAB VAGINAL E ANAL        | 0009016546 | R\$ 50,00 |
| PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A             | 0202080196 | R\$ 4,33  |
| PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)                        | 0202031012 | R\$ 4,10  |
| PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                             | 0202120082 | R\$ 1,37  |
| PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA                                 | 0202050220 | R\$ 2,04  |
| PESQUISA DE FILARIA   | 0202020436 | R\$ 2,73  |
| PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA                                      | 0202050238 | R\$ 2,04  |
| PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA                                    | 0202050246 | R\$ 3,36  |
| PESQUISA DE GORDURA FECAL   | 0202040070 | R\$ 1,65  |
| PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY                                    | 0202080200 | R\$ 2,80  |
| PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI                                   | 0202080218 | R\$ 4,33  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| PESQUISA DE HEMOGLOBINA S                                 | 0202020444 | R\$ 2,73   |
| PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA                  | 0202031020 | R\$ 10,00  |
| PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA                          | 0202050262 | R\$ 2,04   |
| PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA    | 0202031039 | R\$ 9,25   |
| PESQUISA DE LACTOSE NA URINA                              | 0202050270 | R\$ 2,04   |
| PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES                              | 0202040089 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE LEPTOSPIRAS                                   | 0202080226 | R\$ 2,80   |
| PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES                          | 0202040097 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES                           | 0202040100 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE MACROPROLACTINA                               | 0202060470 | R\$ 12,15  |
| PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA                  | 0202050289 | R\$ 3,70   |
| PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | 0202040119 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                    | 0202040127 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE PARES CRANIANOS                               | 0211070254 | R\$ 1,37   |
| PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA                     | 0202050297 | R\$ 2,04   |
| PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)        | 0202050300 | R\$ 4,44   |
| PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES      | 0202090272 | R\$ 1,89   |
| PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES                           | 0202040135 | R\$ 10,25  |
| PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                       | 0202040143 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES               | 0202040151 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE TIROSINA NA URINA                             | 0202050319 | R\$ 2,04   |
| PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM                            | 0202080234 | R\$ 5,04   |
| PESQUISA DE TRIPANOSSOMA                                  | 0202020460 | R\$ 2,73   |
| PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES                            | 0202040160 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES                         | 0202040178 | R\$ 1,65   |
| PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)    | 0202031047 | R\$ 10,00  |
| POLIPECTOMIA - RETIRADA DE PÓLIPOS                        | 0407010254 | R\$ 350,00 |
| POLISSONOGRAFIA   | 0211050105 | R\$ 400,00 |
| POLISSONOGRAFIA DOMICILIAR                                | 1080301532 | R\$ 450,00 |
| POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL MONOCULAR                    | 0211060151 | R\$ 3,37   |
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA BERA       | 0211070270 | R\$ 190,00 |
| POTENCIAL VISUAL EVOCADO MONOCULAR                        | 0211060160 | R\$ 24,24  |
| PROTESE PARCIAL   | 1080301019 | R\$ 200,00 |
| PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL                      | 0701070099 | R\$ 350,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL (incluso serviço de moldagem por odontólogo) | 1080301396 | R\$ 500,00 |
| PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL   | 0701070102 | R\$ 350,00 |
| PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (incluso serviço de moldagem por odontólogo)    | 1080301397 | R\$ 500,00 |
| PROTESE TOTAL MANDIBULAR  | 0701070129 | R\$ 250,00 |
| PROTESE TOTAL MANDIBULAR (incluso serviço de moldagem por odontólogo)             | 1080301398 | R\$ 300,00 |
| PROTESE TOTAL MAXILAR   | 0701070137 | R\$ 250,00 |
| PROTESE TOTAL MAXILAR (incluso serviço de moldagem por odontólogo)                | 1080301399 | R\$ 300,00 |
| PROVA CONFIRMATORIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES                    | 0202080242 | R\$ 5,62   |
| PROVA DA D-XILOSE   | 0202010740 | R\$ 3,68   |
| PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA   | 0202020487 | R\$ 4,11   |
| PROVA DE DILUICAO (URINA)   | 0202050327 | R\$ 2,04   |
| PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)  | 0202090280 | R\$ 9,70   |
| PROVA DE RETRACAO DO COAGULO  | 0202020495 | R\$ 2,73   |
| PROVA DO LACO   | 0202020509 | R\$ 2,73   |
| PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNE                      | 0202090299 | R\$ 1,89   |
| PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE                                    | 0202090302 | R\$ 1,89   |
| PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)  | 0202031055 | R\$ 1,77   |
| PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS  | 0202031063 | R\$ 1,77   |
| QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1   | 0202031071 | R\$ 18,00  |
| QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C                                       | 0202031080 | R\$ 168,48 |
| QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO DO HER-2   | 0202100049 | R\$ 120,00 |
| RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)                          | 0204010039 | R\$ 24,00  |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)                                | 0204050111 | R\$ 30,00  |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)                            | 0204050120 | R\$ 43,00  |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)   | 0204050138 | R\$ 20,00  |
| RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO  | 0204040019 | R\$ 18,00  |
| RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)                             | 0204010047 | R\$ 20,00  |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR                                     | 0204040027 | R\$ 21,00  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |           |
|--|------------|-----------|
| RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL                          | 0204060060 | R\$ 22,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL                       | 0204040035 | R\$ 21,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR                    | 0204040043 | R\$ 21,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA                          | 0204060079 | R\$ 22,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL          | 0204010055 | R\$ 24,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA                         | 0204060087 | R\$ 18,00 |
| RADIOGRAFIA DE BACIA   | 0204060095 | R\$ 22,00 |
| RADIOGRAFIA DE BRACO   | 0204040051 | R\$ 22,00 |
| RADIOGRAFIA DE CALCANEO  | 0204060109 | R\$ 18,00 |
| RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)                           | 0204010063 | R\$ 19,00 |
| RADIOGRAFIA DE CLAVICULA   | 0204040060 | R\$ 21,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)      | 0204020042 | R\$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)    | 0204020034 | R\$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA              | 0204020050 | R\$ 29,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                | 0204020069 | R\$ 31,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)                  | 0204020077 | R\$ 41,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                    | 0204020093 | R\$ 26,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                              | 0204020107 | R\$ 27,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA                     | 0204020115 | R\$ 43,00 |
| RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)  | 0204030056 | R\$ 21,00 |
| RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)            | 0204030064 | R\$ 13,00 |
| RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                          | 0204030072 | R\$ 24,00 |
| RADIOGRAFIA DE COTOVELO  | 0204040078 | R\$ 17,00 |
| RADIOGRAFIA DE COXA  | 0204060117 | R\$ 25,00 |
| RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ) | 0204010071 | R\$ 26,00 |
| RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)                             | 0204010080 | R\$ 21,00 |
| RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO                                      | 0204040086 | R\$ 21,00 |
| RADIOGRAFIA DE ESOFAGO   | 0204030080 | R\$ 28,00 |
| RADIOGRAFIA DE ESTERNO   | 0204030099 | R\$ 22,00 |
| RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO                                | 0204050146 | R\$ 51,00 |
| RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)                      | 0204050154 | R\$ 69,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                                      | 0204060125 | R\$ 19,00  |
| RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)                    | 0204060133 | R\$ 20,00  |
| RADIOGRAFIA DE LARINGE  | 0204010098 | R\$ 16,00  |
| RADIOGRAFIA DE MAO  | 0204040094 | R\$ 18,00  |
| RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)               | 0204040108 | R\$ 17,00  |
| RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)                            | 0204010101 | R\$ 25,00  |
| RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)                                     | 0204010110 | R\$ 20,00  |
| RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)                                   | 0204030102 | R\$ 25,00  |
| RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)                           | 0204040116 | R\$ 22,00  |
| RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)                       | 0204010128 | R\$ 24,00  |
| RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE   | 0204060150 | R\$ 19,00  |
| RADIOGRAFIA DE PERNA (fêmur ou tíbia ou fíbula)                           | 0204060168 | R\$ 25,00  |
| RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)                             | 0204040124 | R\$ 20,00  |
| RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)           | 0204010136 | R\$ 22,00  |
| RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA                                      | 0204020123 | R\$ 22,00  |
| RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)                  | 0204010144 | R\$ 21,00  |
| RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)                      | 0204010152 | R\$ 20,00  |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)                                   | 0204030129 | R\$ 16,00  |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)              | 0204030137 | R\$ 40,00  |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)                             | 0204030145 | R\$ 34,00  |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  | 0204030153 | R\$ 27,00  |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)   | 0204030170 | R\$ 19,00  |
| RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA ( P/ ESCOLIOSE) | 0204020131 | R\$ 115,00 |
| RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA                                       | 0204010179 | R\$ 52,00  |
| RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES                              | 0204060176 | R\$ 115,00 |
| RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS                         | 0202020517 | R\$ 2,73   |
| REABILITAÇÃO PERINEAL (Sessão)  | 1080301536 | R\$ 99,00  |
| REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS                 | 0202031098 | R\$ 4,10   |
| REACAO DE MONTENEGRO ID   | 0202031101 | R\$ 2,83   |
| REACAO DE PANDY   | 0202090310 | R\$ 1,89   |
| REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                          | 0202090329 | R\$ 1,89   |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |              |
|---|------------|--------------|
| REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A   | 0701030275 | R\$ 525,00   |
| REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B   | 0701030283 | R\$ 700,00   |
| REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C   | 0701030291 | R\$ 1.100,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 0207030014 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)   | 0207010021 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/ PELVE/ ARTICULAÇÕES SACRO ILIACAS   | 0207030022 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE CLAVICULA  | 1080301323 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO (laringe, faringe, tireóide, glândulas salivares e gânglios cervicais) | 0207010030 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA, LOMBAR   | 0207010048 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA/DORSAL   | 0207010056 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACO-LOMBAR   | 1080301319 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO /nervos trigemios, encéfalo, espectroscopia, orbitas, seios da face                     | 0207010064 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE ESCAPULA   | 1080301321 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE ESTERNO  | 1080301322 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA (unilateral)  | 1080301370 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMAS (bilateral)  | 1080301371 | R\$ 592,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL),(ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL, JOELHO, COXA, PERNA, TORNOZELO, PÉ)     | 0207030030 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO, PUNHO,MÃO)                    | 0207020027 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE OUVIDO   | 1080301320 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUEAL   | 1080301459 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE PROSTATA   | 1080301380 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL  | 1080301318 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA/ HIPÓFISE   | 0207010072 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX  | 0207020035 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE VEIAS ILIACAS  | 1080301326 | R\$ 268,75   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORESSONANCIA  | 0207030049 | R\$ 268,75   |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone: (49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR  | 0211060178 | R\$ 40,00  |
| RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR  | 0211060186 | R\$ 64,00  |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA  | 0407010246 | R\$ 80,00  |
| RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DE USO AASI a cada 6 meses ou 1 ano  | 1080301369 | R\$ 40,00  |
| SEDAÇÃO PARA BERA - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO TRONCO ENCEFÁLICO   | 1080301438 | R\$ 400,00 |
| SEDAÇÃO PARA COLONOSCOPIA REALIZADA POR MEDICO ANESTESISTA   | 1080301425 | R\$ 100,00 |
| SEDACAO PARA RESSONANCIA MAGNETICA   | 1080301020 | R\$ 575,00 |
| SESSAO DE ACUPUNTURA APLICACAO DE VENTOSAS / MOXA  | 0309050014 | R\$ 3,67   |
| SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS   | 0309050022 | R\$ 4,13   |
| SESSAO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA   | 0009016619 | R\$ 280,00 |
| Sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica (inclui hospedagem, café da manhã, transporte Hotel x Hospital e do Hospital x Hotel, para o paciente e acompanhante) | 1080301359 | R\$ 450,00 |
| Sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica (incluindo hospedagem, café da manhã e transporte Hotel x Hospital e do Hospital x Hotel, para o paciente)            | 1080301358 | R\$ 360,00 |
| SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (MÍNIMO DE 45 m.)   | 1080301440 | R\$ 65,00  |
| SESSÃO EM PSICOLOGIA   | 1080301543 | R\$ 60,00  |
| T3 LIVRE   | 1080301299 | R\$ 10,00  |
| TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR  | 1080301428 | R\$ 39,34  |
| TAMPONAMENTO NASAL POSTERIOR   | 1080301429 | R\$ 39,34  |
| TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EM GRUPO DE ATÉ 3 INDIVÍDUOS (POR PACIENTE).   | 1080301400 | R\$ 30,00  |
| TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL   | 0301070113 | R\$ 60,00  |
| TERAPIA INDIVIDUAL   | 0301040044 | R\$ 19,00  |
| TERAPIA OCUPACIONAL (mínimo 30 minutos)  | 1080301537 | R\$ 80,00  |
| TESTE DE ADAPTACAO DE VISAO SUB-NORMAL BINOCULAR   | 0211060194 | R\$ 24,68  |
| TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS  | 0202020525 | R\$ 12,00  |
| TESTE DE CLEMENTS  | 0202090337 | R\$ 1,89   |
| TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO   | 0211020060 | R\$ 140,00 |
| TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH   | 0202060403 | R\$ 12,01  |
| TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA   | 0202060411 | R\$ 12,01  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |           |
|---|------------|-----------|
| TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA                | 0202060420 | R\$ 12,01 |
| TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON                          | 0202060438 | R\$ 12,01 |
| TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS | 0202090345 | R\$ 4,69  |
| TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)                                   | 0202020533 | R\$ 2,73  |
| TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO                             | 0202090353 | R\$ 4,69  |
| TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA BINOCULAR                       | 0211060208 | R\$ 6,74  |
| TESTE DE SCHIRMER MONOCULAR                                     | 0211060216 | R\$ 3,37  |
| TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA                | 0202060446 | R\$ 12,01 |
| TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE                          | 0202060454 | R\$ 12,01 |
| TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS         | 0202010759 | R\$ 6,55  |
| TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS                         | 0202031110 | R\$ 2,88  |
| TESTE DE VISAO DE CORES   | 0211060224 | R\$ 3,37  |
| TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)                      | 0202020541 | R\$ 2,73  |
| TESTE FTA - ABS, ANTICORPOS IGG (diagnóstico de Sífilis) LÍQUOR | 1080301452 | R\$ 14,32 |
| TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS                     | 0202031128 | R\$ 10,00 |
| TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS                     | 0202031136 | R\$ 10,00 |
| TESTE FTA-ABS, ANTICORPOS IGM (diagnóstico de Sífilis) LÍQUOR   | 1080301453 | R\$ 14,32 |
| TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)                    | 0202120090 | R\$ 2,73  |
| TESTE ORTOPTICO BINOCULAR                                       | 0211060232 | R\$ 12,34 |
| TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO BINOCULAR                | 0211060240 | R\$ 12,34 |
| TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS                     | 0202060462 | R\$ 8,43  |
| TESTE RAPIDO PARA SIFILIS                                       | 0214010074 | R\$ 10,00 |
| TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE OU PAI/PARCEIRO           | 0214010082 | R\$ 10,00 |
| TESTES ALERGICOS DE CONTATO                                     | 0202031144 | R\$ 1,77  |
| TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES                                 | 0211070335 | R\$ 1,37  |
| TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA                             | 0202031152 | R\$ 1,77  |
| TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS (excluido do sigtap)   | 0202031160 | R\$ 10,00 |
| THC MACONHA   | 0009016252 | R\$ 25,00 |
| TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B                      | 0202120104 | R\$ 5,79  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|  |            |              |
|--|------------|--------------|
| TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 0206030010 | R\$ 194,00   |
| TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL  | 000090018  | R\$ 244,00   |
| TOMOGRAFIA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR  | 0206030029 | R\$ 122,00   |
| TOMOGRAFIA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR  | 0206020015 | R\$ 122,00   |
| TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA (binocular) OCT   | 0211060283 | R\$ 200,00   |
| TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL  | 0206010010 | R\$ 122,00   |
| TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA/LOMBAR  | 0206010028 | R\$ 142,00   |
| TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA  | 0206010036 | R\$ 122,00   |
| TOMOGRAFIA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES / ÓRBITAS                                 | 0206010044 | R\$ 122,00   |
| TOMOGRAFIA DE MASTOIDE OU OUVIDO   | 0009016112 | R\$ 156,00   |
| TOMOGRAFIA DE PELVE ou BACIA ou QUADRIL  | 0206030037 | R\$ 194,00   |
| TOMOGRAFIA DE PESCOCO  | 0206010052 | R\$ 122,00   |
| TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)                                   | 0206020023 | R\$ 122,00   |
| TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA   | 0206010060 | R\$ 137,00   |
| TOMOGRAFIA DE TORAX  | 0206020031 | R\$ 191,00   |
| TOMOGRAFIA DO CRANIO   | 0206010079 | R\$ 137,00   |
| TONOMETRIA   | 0211060259 | R\$ 17,74    |
| TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA BINOCULAR   | 0211060267 | R\$ 24,24    |
| TOUCAS DESCARTÁVEIS CX COM 100 UNIDADES  |            | R\$ 10,90    |
| TOXOPLASMOSE IGG AVIDEZ  | 0009016201 | R\$ 45,00    |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO SEM APAC  | 1080301378 | R\$ 378,00   |
| TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE (ABLAÇÃO 30 À 50MCI)  | 1080301534 | R\$ 1.587,20 |
| TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)  | 0303120061 | R\$ 1.168,80 |
| TUTORIA/CONSULTORIA/ASSESSORIA TÉCNICA ASSUNTOS DO SUS (em minutos)  | 1080301522 | R\$ 1,08     |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (INCLUI: BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS) OU (PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS) | 1080301302 | R\$ 69,00    |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 0205020038 | R\$ 69,00    |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL  | 0205020046 | R\$ 128,00   |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO  | 0205020054 | R\$ 69,00    |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO (ombro, antebraço, cotovelo, braço, punho, mão, quadril, perna, joelho, tornozelo, pé, dedo, coxo-femural) | 0205020062 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL   | 0205020070 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)  | 1080301305 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES  | 1080301309 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA MONOCULAR  | 0205020089 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS (BILATERAL)  | 0205020097 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL   | 1080301308 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES   | 1080301306 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)   | 0205020100 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)  | 0205020119 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL HERNIAS (UNILATERAL)   | 1080301310 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE   | 0205020127 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE TRANSLUCENCIA NUCAL  | 1080301307 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL OU VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR (UNILATERAL)   | 1080301317 | R\$ 220,00 |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL OU VENOSO DE MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES (BILATERAL)                                       | 1080301377 | R\$ 385,00 |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIIS OU ILIACAS   | 1080301312 | R\$ 211,00 |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA  | 1080301313 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ( ATE 3 VASOS ) pernas, braços, abdômen, vasos umbilicais                                       | 0205010040 | R\$ 220,00 |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)  | 1080301314 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR  | 1080301315 | R\$ 198,00 |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA   | 1080301316 | R\$ 220,00 |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ABDOMEN INFERIOR  | 1080301304 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ABDOMEN SUPERIOR  | 0009016937 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ABDOMEN TOTAL   | 1080301303 | R\$ 165,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE BOLSA ESCROTAL  | 0090421930 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE MAMAS   | 0009016627 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE PROSTATA  | 0009016910 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE TIREOIDE  | 0009016902 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER HEPATICO   | 1080301311 | R\$ 132,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER TRANSVAGINAL   | 0009016856 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA   | 0205020143 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO   | 0205020151 | R\$ 128,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA   | 0000090026 | R\$ 151,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA COM DOPPLER   | 0009016708 | R\$ 198,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)   | 0205020160 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA   | 0205020178 | R\$ 69,00  |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL   | 0205020186 | R\$ 69,00  |
| UNIDADE DE REMUNERAÇÃO TRANSPORTE TERRESTRE DE PACIENTE EXCLUSIVO SERVIÇO DE RADIO E/OU QUIMIOTERAPIA ATÉ 5 KM        | 1080301441 | R\$ 8,00   |
| UNIDADE DE REMUNERAÇÃO TRANSPORTE TERRESTRE DE PACIENTE EXCLUSIVO SERVIÇO DE RADIO E/OU QUIMIOTERAPIA DE 6KM ATÉ 10KM | 1080301423 | R\$ 17,00  |
| URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA  | 0009016759 | R\$ 201,00 |
| UROTOMOGRAMA  | 0009016210 | R\$ 231,00 |
| VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE   | 0202031179 | R\$ 2,83   |
| VIDEOLARINGOSCOPIA  | 0209040041 | R\$ 126,47 |
| DOSAGEM DE TROPONINA  | 0202031209 | R\$ 9,00   |
| EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I   | 0202031225 | R\$ 80,00  |
| EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II  | 0202031233 | R\$ 120,00 |
| GENOTIPAGEM DO HIV  | 0202031241 | R\$ 0,00   |
| DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1   | 0202031250 | R\$ 65,00  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)   | 0202031268 | R\$ 85,00  |
| DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)   | 0202031276 | R\$ 13,06  |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG   | 0202031284 | R\$ 125,00 |
| DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM  | 0202031292 | R\$ 125,00 |
| DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA   | 0202031306 | R\$ 80,00  |
| DOSAGEM DE ANTICORPO ANTI-ACHR  | 0202031314 | R\$ 86,20  |
| DOSAGEM DE SIROLIMO   | 0202031322 | R\$ 52,33  |
| TESTE DE LIBERAÇÃO DE INTERFERON-GAMA PARA ILTB (IGRA)  | 0202031365 | R\$ 0,00   |
| ANTIBIOGRAMA P/ MICROBACTERIAS  | 0202080030 | R\$ 13,33  |
| DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR                                | 0202100219 | R\$ 144,24 |
| REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR                    | 0202100227 | R\$ 168,48 |
| PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA  | 0202100235 | R\$ 180,00 |
| DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)   | 0202110010 | R\$ 8,80   |
| DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)  | 0202110028 | R\$ 66,00  |
| DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)   | 0202110036 | R\$ 66,00  |
| DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)   | 0202110044 | R\$ 5,50   |
| DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4   | 0202110052 | R\$ 12,10  |
| DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)      | 0202110060 | R\$ 20,90  |
| DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)  | 0202110079 | R\$ 5,50   |
| DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)   | 0202110087 | R\$ 13,20  |
| DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                        | 0202110095 | R\$ 8,00   |
| DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | 0202110109 | R\$ 5,50   |
| DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO  | 0202110117 | R\$ 137,00 |
| DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA  | 0202110125 | R\$ 66,00  |
| DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE   | 0202110133 | R\$ 66,00  |
| DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR  | 0202110141 | R\$ 150,00 |
| PESQUISA DE IGM ANTI-TOXOPLASMA GONDII EM SANGUE SECO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                        | 0202110150 | R\$ 8,19   |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**ANEXO XVI**  
**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**  
**PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe – CISAMARP.

A Empresa: \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, Endereço: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO EDITAL nº 01/2024, objetivando o atendimento a demanda SUS dos entes consorciados ao CISAMARP, realizando para tanto os procedimentos abaixo elencados.

**PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA EMPRESA:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro órgão de classe: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EMPRESA:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº registro órgão de classe: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Dados Bancários para depósito do pagamento: OBS: A CONTA DEVE SER VINCULADA AO CNPJ**

Nome do Banco: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_  
Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Procedimentos a que se credencia:

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | QTDD |
|---------------|------------|------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |

**Obs1:** Adicionar a quantidade que julga conseguir realizar durante o ano (As quantidades acima descritas são meramente estimativas para organização orçamentaria e financeira do CREDENCIANTE e de seus entes consorciados, não gerando qualquer garantia de realização dos mesmos pela CREDENCIADA, a qual somente terá direito de quaisquer recebimentos financeiros após a regular prestação dos serviços, bem como, submetida a aprovação dos mesmos pelo departamento competente de controle e avaliação).

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7AB-91C9-593F> e informe o código C2D1-E7AB-91C9-593F





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos cedidos pelo CISAMARP, exclusivamente com pacientes encaminhados pelos entes consorciados via CISAMARP.
- Informo que concordo com todos os itens do edital de credenciamento 01/2024 e Valores da Tabela de Procedimentos CISAMARP.
- Assumimos o compromisso de utilizarmos o sistema informatizado disponibilizado pelo CISAMARP para o faturamento das guias.
- Estamos cientes de que somente deveremos atender paciente portador de guia específica do sistema CISAMARP, observando ainda o que segue:
  - Guia deve conter: a assinatura do profissional da Secretaria de Saúde que a imprimiu; e anexo a ela a solicitação do procedimento, assinada por profissional competente;
  - Coletar na guia a assinatura do paciente, responsável legal ou acompanhante.
  - Profissional que executou o procedimento deve assinar a guia.
- Temos em seu quadro de funcionários todos os profissionais necessários a execução dos procedimentos para adaptação do aparelho ao paciente, sem que o ente consorciado tenha que intervir com qualquer tipo de profissional.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX data da impressão

\_\_\_\_\_  
Representante Legal  
Assinar Digitalmente

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XVIII

### MINUTA TERMO DE CREDENCIAMENTO

#### PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024

#### TERMO DE CREDENCIAMENTO QUE FAZEM ENTRE SI O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - CISAMARP e XXXXXX.

O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - CISAMARP, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob número 11.023.771/0001-10, com sede a Rodovia Municipal José Gheller, 501, no município de Videira, Estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. Gianfranco Volpato, Prefeito Municipal de Ibicaré/SC, portador da Cédula de Identidade nº 2\*34\*\*7, inscrito no CPF sob nº 0\*6.\*90.\*\*9-2\*, residente e domiciliado na Rua São José, nº50, CEP 89.640-000, no município de Ibicaré/SC, doravante denominado **CRENCIANTE** e **xxxxxxx**, CNPJ **xxxxxxx** situada na Rua **xxxxxxx**, município de **xxxxxxx** /SC, neste ato representado pelo seu representante legal **xxxxxxx**, RG **xxxxxxx** e CPF **xxxxxxx**, doravante denominada **CRENCIADA**, firmam disposições da Lei nº 14.133/21, de 21 de junho de 1993, suas alterações, Lei nº 8080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005 e demais legislações aplicáveis, assim como pelas condições do Edital de Credenciamento 01/2024.

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

Tem como objeto à prestação de serviços pela CRENCIADA dos procedimentos elencados na CLÁUSULA TERCEIRA DESTE TERMO DE CREDENCIAMENTO, na sua área de atuação, para atendimento a demanda do SUS - Sistema Único de Saúde dos entes Consorciados ao CISAMARP.

Parágrafo Único - Integra e Completa o presente TERMO DE CREDENCIAMENTO, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as condições expressas no Edital de Credenciamento 01/2024.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - REGIME DE EXECUÇÃO

Os serviços serão executados de forma indireta, em regime de empreitada, por preço unitário, sem vínculo empregatício, na cidade da CRENCIADA, em instalações próprias do profissional ou empresa, mediante requisição expedida pelos entes consorciados ao CISAMARP, ficando assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares. Não poderão os pacientes sofrer qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

Parágrafo Único - A execução do presente será acompanhada e fiscalizada por um representante do CISAMARP, especialmente designado, em atenção a Lei 14.133/21.

## CLÁUSULA TERCEIRA - VALOR E PROCEDIMENTOS

Pela execução do objeto ora CREDENCIADO, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor conforme tabela abaixo, vinculada a TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP ANEXO VX do edital de credenciamento que origina este TERMO DE CREDENCIAMENTO, e de acordo com o serviço realizado mensalmente.

Serviço(s) Credenciado(s) anualmente ESTIMATIDOS:

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | VALOR UNITÁRIO |
|---------------|------------|----------------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX           |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX           |

Obs: Os valores unitários dos procedimentos são os vinculados ao edital e alterações posteriores publicadas no diário oficial dos Municípios (DOM/SC).

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | QTDD |
|---------------|------------|------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |

### 3.2 VALOR GLOBAL MÁXIMO A SER CONTRATADO:

R\$ XXXXXX (não vincula com quantidade máxima de procedimento disponibilizada pelo prestador).

**Parágrafo Único:** o valor global máximo e demais valores e quantidades acima descritos são meramente estimativos para organização orçamentaria e financeira do CREDENCIANTE e de seus entes consorciados, não gerando qualquer garantia de realização dos mesmos pela CREDENCIADA, a qual somente terá direito de quaisquer recebimentos financeiros após a regular prestação dos serviços, bem como, submetida a aprovação dos mesmos pelo departamento competente de controle e avaliação.

3.3 Nas situações de majoração do valor realizado nos procedimentos, é dispensado o consentimento dos credenciados.

**Parágrafo único:** Nas situações de minoração do valor realizado nos procedimentos, é necessário o consenso dos credenciados.

## CLAUSULA QUARTA – DO PAGAMENTO

O pagamento do valor conforme a produção será realizado por transferência bancária em conta corrente, iniciada pelo prestador CREDENCIADO, a qual deverá estar vinculado ao CNPJ em nome da empresa CREDENCIADA. Não será

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: FRANCISCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7AB-91C9-593F>







# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

realizado pagamento em espécie.

**Parágrafo Primeiro** - O pagamento será efetuado no dia 20 do mês subsequente ao mês da prestação do serviço para os atendimentos que foram realizados e incluídos no sistema informatizado até o dia do fechamento da competência, o qual será divulgado antecipadamente ao CREDENCIADO. Qualquer atraso nesse repasse será entendido como caso fortuito, alheio à vontade do Consórcio e não o sujeitará a atualização monetária, incidência de juros ou quebra do Termo De Credenciamento.

**Parágrafo Segundo** - É fator condicionante para pagamento o recebimento pelo Consórcio da Nota Fiscal correspondente ao serviço prestado, conforme valor constante na fatura emitida pelo sistema informatizado, e pelo recebimento das guias impressas emitidas pelos entes consorciados, devidamente assinadas em todos seus campos por cada um dos responsáveis indicados, bem como, pela apresentação do pedido médico anexado a guia.

**§ 3º**- O pagamento estará condicionado ainda à apresentação das certidões:

- a) Certidão Negativa de Débitos FGTS
- b) Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;
- c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- d) Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual;
- e) Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica;

## CLÁUSULA QUINTA - RECURSOS FINANCEIROS

As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias:

33.90.39- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

33.90.30 – Outros materiais de Consumo.

## CLÁUSULA SEXTA – REAJUSTE, ADITIVOS E APOSTILAMENTOS

6.1 Valores constantes desse Termo De Credenciamento somente sofrerão reajustes após análise e por determinação e aprovação dos Secretários de Saúde dos entes consorciados, através de alteração dos valores constantes da TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP, ANEXO XV do edital de credenciamento.

6.2 Este Termo De Credenciamento poderá ser aditivado em procedimentos desde que os mesmos constem da TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP anexo XV do edital de credenciamento, de comum acordo das partes.

6.3 Em caso de aumento de valor dos procedimentos, será realizado apostilamento e informado ao prestador sem necessidade de assinatura deste.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## CLÁUSULA SÉTIMA – PRAZOS

O presente Termo de Credenciamento terá vigência de 05 (cinco) anos, podendo ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, contados da data em que for publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), conforme previsto no artigo 106 c/c artigo 107, ambos da Lei Federal n. 14.133/2021.

- 7.1 A prorrogação do prazo do termo de credenciamento, que deverá ser promovida durante a vigência do Termo De Credenciamento e formalizada através de termo aditivo, estará condicionada ao atendimento dos seguintes requisitos: Interesse dos beneficiários e do CREDENCIANTE, alinhado ao interesse público;
- 7.2 Existência de vantajosidade na manutenção do ajuste;
- 7.3 Existência de recurso orçamentário ou previsão no plano de contratações do CREDENCIANTE;
- 7.4 Concordância expressa da CREDENCIADA;
- 7.5 A manutenção pela CREDENCIADA de todas as condições e requisitos exigidos para credenciamento e contratação;
- 7.6 Cumprimento satisfatório das obrigações por parte da CREDENCIADA;
- 7.7 Autorização da autoridade competente.

## CLÁUSULA OITAVA - DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

8.1 Constituem direitos do CREDENCIANTE, receber o objeto deste Termo De Credenciamento nas condições avençadas e da CREDENCIADA perceber o valor ajustado na forma e no prazo convencionado.

8.2 Constituem obrigações do CREDENCIANTE:

- a. Efetuar o pagamento a CREDENCIADA dos procedimentos realizados de acordo com a tabela de valores e serviços - CISAMARP;
- b. Efetuar o pagamento até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente da realização dos serviços;
- c. Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados;
- d. Fiscalizar os serviços e esclarecer dúvidas;
- e. Fornecer requisições de consultas e exames;

8.3 Constituem obrigações da CREDENCIADA:

- a. Atender todos os pacientes encaminhados pelos entes consorciados ao CISAMARP, em consultório ou clínica própria, em horário de expediente normal, pré-definido, ou em local cedido por este consórcio, em datas, local e por conveniência deste.
- b. Atender somente aos pacientes encaminhados pelas Secretarias de Saúde, que tenham sido previamente agendados e que portem a guia de procedimentos emitida no sistema informatizado do CISAMARP, a qual

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

deverá estar assinada por funcionário da Secretaria de Saúde e acompanhada da solicitação médica. **O atendimento que for realizado sem autorização não será pago.**

- c. Realizar somente os procedimentos autorizados na guia e que sejam compatíveis com a solicitação médica ou de outro profissional com poderes para tal, a qual deverá estar anexada a guia.
- d. Coletar após realizar o procedimento a assinatura do paciente ou do responsável/acompanhante.
- e. Solicitar ao profissional que realizou o procedimento assinar a guia.
- f. Enviar ao CISAMARP ao final de cada competência as guias devidamente assinadas e as solicitações médicas, nos prazos estipulados pelo consórcio.
- g. Não registrar no sistema as guias que estejam em desacordo com os itens “c”, “d” e “e”.
- h. Não agendar procedimentos que não constem na Cláusula terceira deste Termo De Credenciamento.
- i. Preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pelo CISAMARP, inclusive o de contra-referência (consultas);
- j. Utilizar o sistema informatizado disponibilizado gratuitamente pela CREDENCIANTE, registrando no mesmo, no ato da consulta ou diariamente as guias de pacientes atendidos, até os prazos estabelecidos pelas competências definidas no sistema;
- k. Emitir mensalmente para o CISAMARP: relatório próprio do sistema informatizado
- l. Conceder retorno de consulta, sem pagamento ou emissão de nova guia, pelo prazo de até 30 dias após a consulta, para reavaliação e/ou para apresentação de exames solicitados;
- m. Emitir laudo técnico de todos os exames realizados, que assim o exijam, e entregar ao paciente;
- n. Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade de prestar serviços por motivos particulares, definindo período de não atendimento;
- o. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, informando no mesmo que presta serviço ao SUS, atendimento ambulatorial SUS, Profissional SUS, Serviços SUS.
- p. Solicitar junto ao Gestor municipal do SUS do município onde se localiza a empresa que a inclua no SCNES como prestador de serviços como terceiro ao CISAMARP.
- q. Atender o(s) paciente(s) encaminhado(s) sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios.
- r. Não realizar nenhuma forma de cobrança, e tão pouco extra, dos entes consorciados ou dos pacientes, mesmo que a título de complementação de valores.
- s. Manter atualizados os documentos de cada profissional que presta serviços ao CISAMARP, enviando para este, sempre que houver inclusão de novos profissionais no quadro de funcionários, os documentos que habilitam a prestar o serviço elencado em Termo De Credenciamento.
- t. Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## CLÁUSULAS NONA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, ao CISAMARP e aos entes consorciados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou prepostos.

## CLÁUSULAS DÉCIMA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLÊNCIA

Em caso de atraso injustificado no cumprimento dos serviços previamente agendados pelos entes consorciados, o CISAMARP, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao credenciado as sanções previstas no art. no art. 156 da Lei Federal n. 14.133/2021 quando será aplicada à CREDENCIADA multa moratória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do serviço agendado e não prestado ou em atraso, limitado a 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços a que a CREDENCIADA se comprometeu a ofertar até a data do encerramento do Termo De Credenciamento aplicando-se para apuração do valor a tabela CISAMARP, sendo garantida a defesa prévia, sem prejuízo das demais sanções previstas na Lei 14.1333/21.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – RESCISÃO

11.1 O presente Termo De Credenciamento poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 137 e seguintes da Lei Federal n. 14.133/2021, bem como nas situações abaixo elencadas:

- a) Deixar de atender requisição para prestação do serviço e/ou para promover a atualização dos documentos de habilitação e regularidade fiscal;
- b) Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica e/ou fiscal do credenciado;
- c) Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional exigido para a prestação dos serviços;
- d) A CREDENCIADA que descumprir injustificadamente as condições estabelecidas neste Termo De Credenciamento ficará sujeita ao descredenciamento, sem prejuízo da aplicação cumulativa das sanções previstas em lei, assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa.
- e) O CREDENCIANTE descredenciará a CREDENCIADA que não mantiver as condições exigidas para habilitação durante a vigência do Termo De Credenciamento, assim como aquele que rejeitar, injustificadamente, o atendimento de usuário do SUS.
- f) Fica facultado à CREDENCIADA, a qualquer tempo, solicitar o seu descredenciamento, mediante simples notificação com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência, sob pena de aplicação das sanções administrativas previstas neste instrumento.
- g) Descumprir quaisquer das condições estabelecidas no edital que credenciamento.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7/AB-91C9-593F> e informe o código C2D1-E7/AB-91C9-593F



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente Instrumento é regido pelo Edital 01/2024, pelas disposições expressas na Lei nº 14.133/21 e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado e quando couber os dispostos na Lei nº 8080/90, Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/21, suas alterações e dos princípios gerais de direito.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – PUBLICAÇÃO

Incumbirá ao CREDENCIANTE divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei 14.133, de 2021.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ASSINATURA ELETRÔNICA

7.8 O presente instrumento particular, incluindo todas as páginas de assinatura e eventuais anexos, representando a integralidade dos termos acordados, será assinado de forma eletrônica/digital através da plataforma digital disponibilizada pelo Consórcio, cuja autenticidade poderá ser atestada a qualquer tempo seguindo os procedimentos e link impresso na nota de rodapé das respectivas páginas.

15.2. As partes, diretamente ou por seus representantes legais nominadas, concordam em utilizar e reconhecem de forma inequívoca, que as assinaturas eletrônicas/digitais serão consideradas válidas, vinculantes e executáveis, cientes que terão a mesma validade jurídica de um registro e autenticação feita em cartório, seja mediante utilização de certificados e-CPF, e-CNPJ e/ou GOVBR.

15.3. Desde já as partes renunciam a possibilidade de exigir a troca, envio ou entrega das vias originais (não-eletrônicas) assinadas deste instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas, na medida máxima permitida pela legislação aplicável.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

16.1. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do Termo de Credenciamento que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de credenciamento, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

16.2. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

16.3. É dever do CREDENCIADO orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA SUBCONTRATAÇÃO

17.1 O Termo de Credenciamento de prestação de serviços não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a CREDENCIADA se valer deste para vincular terceiros à presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das sanções previstas no presente instrumento.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – FORO

Para as questões oriundas deste Termo de Credenciamento, as partes elegem o foro da Comarca de Videira, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo assinam o presente, em duas vias, de igual teor e forma.

Videira, xx de xxxx de 201x

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXX  
Presidente CISAMARP  
CREDENCIANTE

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXX  
Representante Legal  
CREDENCIADA

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XIX

### DECLARAÇÃO EMPREGO DE MENOR, FATOS IMPEDITIVOS E INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024

A Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Sr. \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

**DECLARA, que:**

- Para fins do disposto no inciso VI, do art. 68, da Lei 14.133/21, acrescido pela Lei 9.854, de 27 de outubro de 1999, **que cumpre com o disposto no artigo 7, inc. XXXIII da CF:** Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social, em especial o inciso XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998](#));
- Inexistem fatos impeditivos para seu credenciamento, declarando-se ciente, ainda, quanto a obrigatoriedade de informar toda e quaisquer ocorrências posteriores;
- Aceita integralmente as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024, e que há capacidade técnica para a prestação do serviço e/ou fornecimento do material.
- Que seus Sócios e/ou Diretores não ocupam cargo, emprego ou função pública nos entes que integram o CREDENCIANTE;
- Que não possui em seu quadro de sócios cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de empregados públicos vinculados ao CREDENCIANTE nem de Prefeito, Vice-Prefeito e de Secretário Municipal de Saúde de qualquer dos entes consorciados;

Videira/SC \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura digital do Representante Legal

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XX

### **Autorização de acesso a usuário do sistema fornecido pelo consórcio** **PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM ESTABELECIMENTO PARTICULAR** **EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pela empresa \_\_\_\_\_, autorizo o CISAMARP a cadastrar o(s) usuário(s) abaixo discriminado(s), para ter(em) acesso ao programa de gerenciamento do CISAMARP.

Declaro estar ciente que todo usuário cadastrado terá acesso completo ao sistema, podendo incluir e deletar as confirmações de atendimento. Responsabilizo-me solidariamente pelo uso do sistema pelo funcionário cadastrado, bem como, por controlar e fiscalizar o uso.

Quando houver troca de funcionário, tenho ciência que devo informar o CISAMARP para que realize o bloqueio do acesso ao sistema.

Todos os usuários terão acesso a nomes de pacientes e procedimentos realizados, abaixo assinam e se comprometem a guardar sigilo sobre os dados acessados, se responsabilizando inclusive por danos morais ocasionados e por crimes contra a LGPD, Lei Geral de Proteção de Dados.

Segue abaixo a lista de usuário(s) que deverá(ão) ser cadastrado(s):

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: (PARTICULAR POIS SERÁ ENVIADA A SENHA): \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro usar o programa somente para as finalidades a que se propõe, de acordo com as orientações do(a) responsável legal acima identificado(a), principalmente no que se refere a emissão de guias, sigilo e LGPD.

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: (PARTICULAR POIS SERÁ ENVIADA A SENHA): \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro usar o programa somente para as finalidades a que se propõe, de acordo com as orientações do(a) responsável legal acima identificado(a), principalmente no que se refere a emissão de guias, sigilo e LGPD.

**Obs: Anexar a este cadastro, cópia do RG ou carteira de motorista do(s) usuário(s) cadastrado(s), scanear e enviar para o e-mail: [municipios@cisamarp.sc.gov.br](mailto:municipios@cisamarp.sc.gov.br)**

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_/SC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7/AB-91/C9-593F> e informe o código C2D1-E7/AB-91/C9-593F







# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS

### ANEXO XXI

#### TABELA DE PROCEDIMENTOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024

| <b>CONSULTAS/ATENDIMENTO</b>   | <b>CÓD SUS</b> | <b>VALOR CIS R\$</b> |
|--|----------------|----------------------|
| CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO)   | 03.01.01.007-2 | R\$ 120,00           |
| consulta médica retorno EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO)   | 03.01.01.007-2 | R\$ 0,00             |
| CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO)  | 1080301548     | R\$ 130,00           |
| Consulta médica retorno EM PSIQUIATRIA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL (NA SEDE DO ENTE CONSORCIADO)  | 1080301549     | R\$ 0,00             |
| <b>EXAMES E PROCEDIMENTOS</b>  | <b>CÓD SUS</b> | <b>VALOR CIS R\$</b> |
| <b>EXAMES DE IMAGEM</b>  |                |                      |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER)   | 0205010032     | R\$ 209,00           |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER) PEDIÁTRICO  | 0205010032     | R\$ 209,00           |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER) SOMENTE ACIMA DE 18 ANOS  | 0205010032     | R\$ 209,00           |
| ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO  | 1080301446     | R\$ 600,00           |
| ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FÍSICO   | 1080301439     | R\$ 600,00           |
| ECOCARDIOGRAMA FETAL   | 9016406        | R\$ 275,00           |
| ECODOPPLER CAROTIDAS E ARTERIAS VERTEBRAIS   | 9016481        | R\$ 198,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (INCLUI: BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS) OU (PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)                           | 1080301302     | R\$ 69,00            |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 0205020038     | R\$ 69,00            |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL  | 0205020046     | R\$ 128,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO  | 0205020054     | R\$ 69,00            |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO (ombro, antebraço, cotovelo, braço, punho, mão, quadril, perna, joelho, tornozelo, pé, dedo, coxo-femural) | 0205020062     | R\$ 69,00            |
| ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL   | 0205020070     | R\$ 69,00            |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)  | 1080301305     | R\$ 69,00            |
| ULTRASSONOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES  | 1080301309     | R\$ 69,00            |
| ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA MONOCULAR  | 0205020089     | R\$ 69,00            |

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| PROTESE PARCIAL   | 1080301019 | R\$ 200,00 |
| PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL  | 0701070099 | R\$ 350,00 |
| PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL (incluso serviço de moldagem por odontólogo) | 1080301396 | R\$ 500,00 |
| PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL   | 0701070102 | R\$ 350,00 |
| PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (incluso serviço de moldagem por odontólogo)    | 1080301397 | R\$ 500,00 |
| PROTESE TOTAL MANDIBULAR  | 0701070129 | R\$ 250,00 |
| PROTESE TOTAL MANDIBULAR (incluso serviço de moldagem por odontólogo)             | 1080301398 | R\$ 300,00 |
| PROTESE TOTAL MAXILAR   | 0701070137 | R\$ 250,00 |
| PROTESE TOTAL MAXILAR (incluso serviço de moldagem por odontólogo)                | 1080301399 | R\$ 300,00 |

CISAMARP

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7AB-91C9-593F> e informe o código C2D1-E7AB-91C9-593F





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

**ANEXO XXII**  
**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**  
**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Ao Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe – CISAMARP.

A Empresa: \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, Endereço: \_\_\_\_\_,  
CEP: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO EDITAL nº  
01/2024, objetivando o atendimento a demanda SUS dos entes consorciados ao CISAMARP, realizando para  
tanto os procedimentos abaixo elencados.

**RESPONSÁVEL PELA EMPRESA:**

NOME: \_\_\_\_\_  
Nº registro órgão de classe: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_  
RG nº: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EMPRESA:**

NOME: \_\_\_\_\_  
Nº registro órgão de classe: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_  
RG nº: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DA EMPRESA:**

Nome: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**Dados Bancários para depósito do pagamento: OBS: A CONTA DEVE SER VINCULADA AO CNPJ**

Nome do Banco: \_\_\_\_\_ Nº do banco: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

**ASSINALAR NO QUE SE ENQUADRA: (apenas para realização de ultrassonografias)**

( ) Possui todo equipamento necessário para realização do atendimento no ente consorciado.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

( ) Não possui todo equipamento necessário para realização do atendimento e irei utilizar os equipamentos do ente consorciado (Neste caso, fica a cargo do ente consorciado disponibilizar).

Se sim, quais equipamentos possui: \_\_\_\_\_

Se não, quais equipamentos necessita: \_\_\_\_\_

Obs: Conforme item 50.1.1 do Edital de credenciamento 01/2024, o prestador que for realizar ultrassonografias na sede do ente consorciado, deverá na solicitação de credenciamento escolher a modalidade de atendimento (com equipamento próprio **ou** com equipamento cedido pelo ente consorciado), devendo estar ciente que ao escolher o atendimento com equipamento do ente consorciado não poderá atender com o próprio equipamento, e vice versa. Deve ainda o prestador estar ciente de que o ente consorciado não é obrigado a dispor de equipamentos, podendo ficar o prestador ocioso caso não haja equipamentos disponíveis. (Incluído)

Procedimentos a que se credencia anualmente:

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | QTDD |
|---------------|------------|------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |

**Obs1:** Adicionar a quantidade que julga conseguir realizar durante o ano (As quantidades acima descritas são meramente estimativas para organização orçamentaria e financeira do CREDENCIANTE e de seus entes consorciados, não gerando qualquer garantia de realização dos mesmos pela CREDENCIADA, a qual somente terá direito de quaisquer recebimentos financeiros após a regular prestação dos serviços, bem como, submetida a aprovação dos mesmos pelo departamento competente de controle e avaliação).

- Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos cedidos pelo CISAMARP, exclusivamente com pacientes encaminhados pelos entes consorciados via CISAMARP.
- Informo que concordo com todos os itens do edital de credenciamento 01/2024 e Valores da Tabela de Procedimentos CISAMARP.
- Assumimos o compromisso de utilizarmos o sistema informatizado disponibilizado pelo CISAMARP para o faturamento das guias.
- Estamos cientes de que somente deveremos atender paciente portador de guia específica do sistema CISAMARP, observando ainda o que segue:
  - Guia deve conter: a assinatura do profissional da Secretaria de Saúde que a imprimiu; anexo a ela a solicitação do procedimento, assinada por profissional competente;
  - Coletar na guia a assinatura do paciente, responsável legal ou acompanhante.
  - Profissional que executou o procedimento deve assinar a guia.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663

Assinado por 1 pessoa: GIANFRANCO VOLPATO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamarp.1.doc.com.br/verificacao/C2D1-E7AB-91C9-593F> e informe o código C2D1-E7AB-91C9-593F





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- Temos em seu quadro de funcionários todos os profissionais necessários a execução dos procedimentos para adaptação do aparelho ao paciente, sem que o ente consorciado tenha que intervir com qualquer tipo de profissional.

, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20XX

\_\_\_\_\_  
Representante Legal  
Assinar Digitalmente

CISAMARP

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XXIII

### DECLARAÇÃO EMPREGO DE MENOR, FATOS IMPEDITIVOS E INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024

A Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Sr. \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

**DECLARA**, que:

- Para fins do disposto no inciso VI, do art. 68, da Lei 14.133/21, acrescido pela Lei 9.854, de 27 de outubro de 1999, **que cumpre com o disposto no artigo 7, inc. XXXIII da CF:** Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social, em especial o inciso XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998](#));
- Inexistem fatos impeditivos para seu credenciamento, declarando-se ciente, ainda, quanto a obrigatoriedade de informar toda e quaisquer ocorrências posteriores;
- Aceita integralmente as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024, e que há capacidade técnica para a prestação do serviço e/ou fornecimento do material.
- Que seus Sócios e/ou Diretores não ocupam cargo, emprego ou função pública nos entes que integram o CREDENCIANTE;
- Que não possui em seu quadro de sócios cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de empregados públicos vinculados ao CREDENCIANTE nem de Prefeito, Vice-Prefeito e de Secretário Municipal de Saúde de qualquer dos entes consorciados;

Videira/SC \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura digital do Representante Legal

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XXIV

### **Autorização de acesso a usuário do sistema fornecido pelo consórcio PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pela empresa \_\_\_\_\_, autorizo o CISAMARP a cadastrar o(s) usuário(s) abaixo discriminado(s), para ter(em) acesso ao programa de gerenciamento do CISAMARP.

Declaro estar ciente que todo usuário cadastrado terá acesso completo ao sistema, podendo incluir e deletar as confirmações de atendimento. Responsabilizo-me solidariamente pelo uso do sistema pelo funcionário cadastrado, bem como, por controlar e fiscalizar o uso.

Quando houver troca de funcionário, tenho ciência que devo informar o CISAMARP para que realize o bloqueio do acesso ao sistema.

Todos os usuários terão acesso a nomes de pacientes e procedimentos realizados, abaixo assinam e se comprometem a guardar sigilo sobre os dados acessados, se responsabilizando inclusive por danos morais ocasionados e por crimes contra a LGPD, Lei Geral de Proteção de Dados.

Segue abaixo a lista de usuário(s) que deverá(ão) ser cadastrado(s):

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: (PARTICULAR POIS SERÁ ENVIADA A SENHA): \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro usar o programa somente para as finalidades a que se propõe, de acordo com as orientações do(a) responsável legal acima identificado(a), principalmente no que se refere a emissão de guias, sigilo e LGPD.

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: (PARTICULAR POIS SERÁ ENVIADA A SENHA): \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro usar o programa somente para as finalidades a que se propõe, de acordo com as orientações do(a) responsável legal acima identificado(a), principalmente no que se refere a emissão de guias, sigilo e LGPD.

**Obs: Anexar a este cadastro, cópia do RG ou carteira de motorista do(s) usuário(s) cadastrado(s), scanear e enviar para o e-mail: [municipios@cisamarp.sc.gov.br](mailto:municipios@cisamarp.sc.gov.br)**

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_/SC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC Fone:  
(49) 3531-1653 / (49) 3531-1663





# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## ANEXO XXV

### MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

### PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SEDE DOS ENTES CONSORCIADOS

### EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024

Termo de Credenciamento que fazem entre si o CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - CISAMARP e XXXXX.

O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - CISAMARP, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob número 11.023.771/0001-10, com sede a Rodovia Municipal José Gheller, 501, no município de Videira, Estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. Gianfranco Volpato, Prefeito Municipal de Ibiraré/SC, portador da Cédula de Identidade nº 2\*34\*\*7, inscrito no CPF sob nº 0\*6.\*90.\*\*9-2\*, residente e domiciliado na Rua São José, nº50, CEP 89.640-000, no município de Ibiraré/SC, doravante denominado CREDENCIANTE e xxxxxxx, CNPJ xxxxxxx situada na Rua xxxxxxx, município de xxxxxxx /SC, neste ato representado pelo seu representante legal xxxxxxx, RG xxxxxxx e CPF xxxxxxx, doravante denominada CREDENCIADA, firmam o presente termo de credenciamento com as disposições da Lei nº 14.133/2021, Lei nº 8080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001 e Norma Operacional Básica - NOB 01/96, e demais legislações aplicáveis, assim como pelas condições do CREDENCIAMENTO Nº 01/2024.

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Tem como objeto à prestação de serviços pela CREDENCIADA elencados na CLÁUSULA TERCEIRA DESTES TERMO DE CREDENCIAMENTO, na sua área de atuação, para atendimento a demanda do SUS - Sistema Único de Saúde dos Entes Consorciados ao CISAMARP, a serem realizados em local disponibilizado pelo próprio ente consorciado.

Parágrafo Único - Integra e Completa o presente Termo de Credenciamento, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as condições expressas na CREDENCIAMENTO Nº 01/2024.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - REGIME DE EXECUÇÃO

2.1 Os serviços serão executados de forma indireta, em regime de empreitada, por preço unitário, sem vínculo empregatício, a serem realizados nas sedes dos entes consorciados ao CISAMARP, mediante a requisição/guia expedida pelo ente consorciado. Fica assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares. Não poderão os pacientes sofrer qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços.

Parágrafo Único - A execução do presente será acompanhada e fiscalizada por um representante do CISAMARP especialmente designado, em atenção a Lei 14.133/21.

#### CLÁUSULA TERCEIRA - VALOR E PROCEDIMENTOS

3.1 Pela execução do objeto ora CREDENCIADO, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor conforme tabela abaixo, que origina este Termo de Credenciamento, e de acordo com o serviço realizado mensalmente.



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

Serviço(s) Credenciado(s) anualmente ESTIMATIDOS:

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | VALOR UNITÁRIO |
|---------------|------------|----------------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX           |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX           |

Obs: Os valores unitários dos procedimentos são os vinculados ao edital e alterações posteriores publicadas no diário oficial dos Municípios (DOM/SC).

| PROCEDIMENTOS | CODIGO SUS | QTDD |
|---------------|------------|------|
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |
| XXXX          | XXXXX      | XXXX |

### 3.2 VALOR GLOBAL MÁXIMO A SER CONTRATADO:

R\$ XXXXXX (não vincula com quantidade máxima de procedimento disponibilizada pelo prestador).

**Parágrafo Único:** o valor global máximo e demais valores e quantidades acima descritos são meramente estimativos para organização orçamentaria e financeira do CREDENCIANTE e de seus entes consorciados, não gerando qualquer garantia de realização dos mesmos pela CREDENCIADA, a qual somente terá direito de quaisquer recebimentos financeiros após a regular prestação dos serviços, bem como, submetida a aprovação dos mesmos pelo departamento competente de controle e avaliação.

3.3 Nas situações de majoração do valor realizado nos procedimentos, é dispensado o consentimento dos credenciados.

**Parágrafo único:** Nas situações de minoração do valor realizado nos procedimentos, é necessário o consenso dos credenciados.

### CLAUSULA QUARTA – DO PAGAMENTO

4.1 O pagamento do valor conforme a produção será realizado por transferência bancária em conta corrente, indicada pelo prestador CREDENCIADO, a qual deverá estar vinculado ao CNPJ em nome da empresa CREDENCIADA. Não será realizado pagamento em espécie.

**Parágrafo Primeiro** -O pagamento será efetuado até o dia 20 do mês subsequente ao mês da prestação do serviço para os atendimentos que foram realizados e incluídos no sistema informatizado, até o dia do fechamento da competência, o qual poderá ser informado antecipadamente ao CREDENCIADO, exceto guias e/ou procedimentos glosados.

**Parágrafo Segundo**- É fator condicionante para pagamento o recebimento pelo Consórcio da Nota Fiscal correspondente aos serviços prestados, conforme valor constante na fatura emitida pelo sistema informatizado pelo recebimento das guias impressas emitidas pelos entes consorciados, devidamente assinadas em todos seus campos por cada um dos responsáveis indicados, bem como, pela apresentação do pedido médico ou profissional competente anexado a guia.

**Parágrafo Terceiro** - O pagamento estará condicionado ainda à apresentação das certidões:



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- a) Certidão Negativa de Débitos FGTS
- b) Certidão Negativa de Débitos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;
- c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- d) Certidão Negativa de Débitos com a Receita Estadual;
- e) Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica;

## CLÁUSULA QUINTA - RECURSOS FINANCEIROS

As despesas decorrentes do presente Termo de Credenciamento serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias:

- 33.90.39- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.
- 33.90.30 – Outros materiais de Consumo.

## CLÁUSULA SEXTA – REAJUSTE, ADITIVOS E APOSTILAMENTOS

6.1 Valores constantes desse Termo de Credenciamento somente sofrerão reajustes após análise e por determinação e aprovação dos Secretários de Saúde dos entes consorciados, e por Resolução do Presidente deste consórcio, alterando os valores constantes da TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP, ANEXO XXI do edital de credenciamento 01/2024.

6.2 Este Termo de Credenciamento poderá ser aditivado em procedimentos e valores, desde que os mesmos constem na TABELA DE PROCEDIMENTOS CISAMARP anexo XXI do edital de credenciamento.

6.3 Em caso de aumento de valor dos procedimentos, será realizado apostilamento e informado ao prestador, sem necessidade de assinatura deste.

## CLÁUSULA SÉTIMA – PRAZOS

O presente Termo de Credenciamento terá vigência de 05 (cinco) anos, podendo ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, contados da data em que for publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), conforme previsto no artigo 106 c/c artigo 107, ambos da Lei Federal n. 14.133/2021.

7.1 A prorrogação do prazo do termo de credenciamento, que deverá ser promovida durante a vigência do Termo de Credenciamento e formalizada através de termo aditivo, estará condicionada ao atendimento dos seguintes requisitos: Interesse dos beneficiários e do CREDENCIANTE, alinhado ao interesse público;

7.2 Existência de vantajosidade na manutenção do ajuste;

7.3 Existência de recurso orçamentário ou previsão no plano de contratações do CREDENCIANTE;

7.4 Concordância expressa da CREDENCIADA;

7.5 A manutenção pela CREDENCIADA de todas as condições e requisitos exigidos para credenciamento e contratação;







# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

- q) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, informando no mesmo que presta serviço ao SUS, atendimento ambulatorial SUS, Profissional SUS, Serviços SUS;
- r) Solicitar junto ao Gestor municipal do SUS do município, onde se localiza a empresa e/ou filial, que a inclua no site do CNES seu estabelecimento como prestador de serviços, como terceiro ao CISAMARP;
- s) Atender o(s) paciente(s) encaminhado(s) sem qualquer tipo de discriminação em relação aos pacientes particulares ou de outros convênios;
- t) Não realizar nenhuma forma de cobrança, e tampouco extra, dos entes consorciados ou dos pacientes, mesmo que a título de complementação de valores;
- u) Manter atualizados os documentos de cada profissional que presta serviços ao CISAMARP, enviando para este, sempre que houver inclusão de novos profissionais no quadro de funcionários, os documentos que o habilitam a prestar o serviço elencado em Termo de Credenciamento;
- v) Assumir o pagamento de todos os tributos, taxas, contribuições previdenciárias e trabalhistas e todas as despesas incidentes sobre os serviços realizados e/ou necessárias ao cumprimento do objeto do credenciamento, bem como o custo com deslocamento e equipe para atendimento;
- w) Atender a demanda agendada, com a meta de 16 pacientes por período, ou a seu critério em quantidade inferior.
- x) Adequar-se ao horário de funcionamento da unidade de saúde para a qual foi designado, cumprindo a quantidade de atendimentos agendados, a fim de garantir a cobertura de atendimento médico durante todo o período de funcionamento da unidade.
- y) Prestar atendimento adequado aos usuários e fornecer as informações ao ente consorciado e/ou ao CISAMARP sobre os serviços prestados.
- z) Zelar e responsabilizar-se pelo patrimônio público disponibilizado ao desempenho de suas atividades.
- aa) Realizar os registros de atendimento do paciente no prontuário físico ou digital disponibilizado pelo ente consorciado.

## CLÁUSULAS NONA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, ao CISAMARP e aos entes consorciados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou prepostos.

## CLÁUSULAS DÉCIMA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLÊNCIA

Em caso de atraso injustificado no cumprimento dos serviços previamente agendados pelos entes consorciados ao CISAMARP, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao credenciado as sanções previstas no art. 156 da Lei Federal n. 14.133/2021 quando será aplicada à CREDENCIADA multa moratória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do serviço agendado e não prestado ou em atraso, limitado a 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços a que a CREDENCIADA se comprometeu a ofertar até a data do encerramento do Termo de



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

Credenciamento aplicando-se para apuração do valor a tabela CISAMARP, sendo garantida a defesa prévia, sem prejuízo das demais sanções previstas na Lei 14.133/21.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – RESCISÃO

11.1 O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 137 e seguintes da Lei Federal n. 14.133/2021, bem como nas situações abaixo elencadas:

- a) Deixar de atender requisição para prestação do serviço e/ou para promover a atualização dos documentos de habilitação e regularidade fiscal;
- b) Apuração de fatos supervenientes que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica e/ou fiscal do credenciado;
- c) Conduta profissional que fira o padrão ético ou operacional exigido para a prestação dos serviços;
- d) A CREDENCIADA que descumprir injustificadamente as condições estabelecidas neste Termo de Credenciamento ficará sujeita ao descredenciamento, sem prejuízo da aplicação cumulativa das sanções previstas em lei, assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa.
- e) O CREDENCIANTE descredenciará a CREDENCIADA que não mantiver as condições exigidas para habilitação durante a vigência do Termo de Credenciamento, assim como aquele que rejeitar, injustificadamente, o atendimento de usuário do SUS.
- f) Fica facultado à CREDENCIADA, a qualquer tempo, solicitar o seu descredenciamento, mediante simples notificação com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência, sob pena de aplicação das sanções administrativas previstas neste instrumento.
- g) Descumprir quaisquer das condições estabelecidas no edital que credenciamento.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente Instrumento é regido pelo Edital 01/2024, pelas disposições expressas na Lei nº 14.133/21 e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado e quando couber os dispostos na Lei nº 8080/90, Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005, decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007, portaria nº 1.606 de 11 de setembro de 2001.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/21, suas alterações e dos princípios gerais de direito.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – PUBLICAÇÃO

Incumbirá ao CREDENCIANTE divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei 14.133, de 2021.



# CISAMARP

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do  
Alto Vale do Rio do Peixe



<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ASSINATURA ELETRÔNICA

7.9 O presente instrumento particular, incluindo todas as páginas de assinatura e eventuais anexos, representando a integralidade dos termos acordados, será assinado de forma eletrônica/digital através da plataforma digital disponibilizada pelo Consórcio, cuja autenticidade poderá ser atestada a qualquer tempo seguindo os procedimentos e link impresso na nota de rodapé das respectivas páginas.

15.2. As partes, diretamente ou por seus representantes legais nominadas, concordam em utilizar e reconhecem de forma inequívoca, que as assinaturas eletrônicas/digitais serão consideradas válidas, vinculantes e executáveis, cientes que terão a mesma validade jurídica de um registro e autenticação feita em cartório, seja mediante utilização de certificados e-CPF, e-CNPJ e/ou GOVBR.

15.3. Desde já as partes renunciam a possibilidade de exigir a troca, envio ou entrega das vias originais (não eletrônicas) assinadas deste instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas, na medida máxima permitida pela legislação aplicável.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

16.1. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do Termo de Credenciamento que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

16.2. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

16.3. É dever do CREDENCIADO orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA SUBCONTRATAÇÃO

17.1 O Termo de Credenciamento não poderá ser objeto de cessão, transferência, subcontratação no todo ou em parte, não podendo a CREDENCIADA se valer deste para vincular terceiros à presente contratação, sob pena de imediata rescisão/descredenciamento e aplicação das sanções previstas no presente instrumento.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – FORO

Para as questões oriundas deste Termo de Credenciamento, as partes elegem o foro da Comarca de Videira, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo assinam o presente, em duas vias, de igual teor e forma.

Videira, xx de xxxx de 2024.

\_\_\_\_\_  
XXXXXXX  
Presidente CISAMARP  
CREDENCIANTE

\_\_\_\_\_  
XXXXXXX  
Representante Legal  
CREDENCIADA





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: C2D1-E7AB-91C9-593F

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



GIANFRANCO VOLPATO (CPF 016.XXX.XXX-21) em 13/11/2024 15:46:14 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: AC LINK RFB v2 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5  
(Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamarp.1doc.com.br/verificacao/C2D1-E7AB-91C9-593F>