



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO  
AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP  
TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

**EDITAL 003/2022  
RECREDENCIAMENTO**

A Caixa de Previdência dos Servidores Municipais de Cubatão, autarquia Municipal criada pela Lei Municipal nº 609, de 22 de outubro de 1965, inscrita no CNPJ nº 47.498.340/0001-58, por intermédio de sua Superintendência, na forma das Leis Municipais nº 2.638, de 09 de junho de 2000 e nº 2.641, de 09 de junho de 2000, torna público que se acha aberta, nesta unidade, situada a Av. Joaquim Miguel Couto, 1000 – Vila Couto – Cubatão – SP, CEP: 11.510-010, o período de **RECREDENCIAMENTO** de pessoas físicas e jurídicas credenciadas para Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, nos termos deste Edital, anexos e demais normas vigentes.

**1 OBJETO:** Recredenciamento de pessoas jurídicas e físicas para a prestação de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na Caixa de Previdência dos Servidores Municipais de Cubatão.

**2 DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

- 2.1. Os interessados deverão apresentar **todos os documentos informados no Anexo I deste Edital, com identificação do NOME e CPF**, se pessoa física, **ou RAZÃO SOCIAL e CNPJ**, se pessoa jurídica.
- 2.2. Os documentos deverão ser entregues **a partir do dia 20 de outubro de 2022, no Protocolo Geral** da Caixa de Previdência dos Servidores Municipais de Cubatão, **de segunda à sexta-feira, nos horários 10h às 13h e 14h30 às 16h.**
- 2.3. Admite-se o envio dos documentos em envelopes via Correios, sendo de inteira responsabilidade do interessado os custos, prazos e integridade dos documentos enviados.
- 2.4. A documentação apresentada será autuada, encaminhada para análise da Comissão de Recredenciamento, a qual avaliará o atendimento dos critérios previstos neste Edital, anexos e legislação pertinente.
- 2.5. A Comissão de Recredenciamento poderá deferir, indeferir ou requisitar complementação dos documentos apresentados.
- 2.6. Da decisão da Comissão de Recredenciamento, caberá Pedido de Reconsideração, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, mediante apresentação de razões não apresentadas ou complementação de documentos.



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO  
AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP  
TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

- 2.7. Da decisão do Pedido de Reconsideração da Comissão de Recredenciamento, caberá Recurso à Superintendência, no prazo de 15 (quinze) dias úteis.
- 2.8. Dúvidas quanto à aplicação do Recredenciamento não previstas neste Edital serão saneadas pela Comissão de Recredenciamento.
- 2.9. O presente edital e seus anexos estarão disponíveis para download no endereço eletrônico [www.caixacubatão.sp.gov.br](http://www.caixacubatão.sp.gov.br) a partir do dia **20 de outubro de 2022**.

### **3 CONDIÇÕES GERAIS:**

- 3.1. O termo de recredenciamento será assinado pelo profissional ou representante legalmente habilitado pela empresa cuja documentação tenha sido aprovada, por atender todos os requisitos do edital.
- 3.2. Em caso de procuração, a mesma deverá conter autorização específica para firmar o termo e ter firma reconhecida.
- 3.3. A participação neste recredenciamento implicará na aceitação plena e irrevogável das normas constantes neste edital.
- 3.4. O recredenciamento fica limitado à Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), conforme o §3º, do artigo 13, da Lei Municipal nº 2.638, de 09 de junho de 2000.

### **4 DA PARTICIPAÇÃO:**

- 4.1. Podem participar deste recredenciamento pessoas físicas e jurídicas especializadas nos ramos da medicina e odontologia, devendo apresentar os documentos de acordo com o exigido no item 6 – DA HABILITAÇÃO.
- 4.2. Não poderão participar deste recredenciamento:
  - 4.2.1. Quem tiver sido declarado suspenso ou inidôneo por qualquer ente da Administração Pública.
  - 4.2.2. Empresas que tenham, no seu quadro societário, servidor da Administração Pública Direta ou Indireta do Município de Cubatão.



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO  
AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP  
TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

4.2.3. Profissionais pertencentes ao quadro de servidores ativos da Administração Pública Direta ou Indireta do Município de Cubatão.

## **5 CONDIÇÕES PARA O REDEDENCIAMENTO:**

- 5.1. Para habilitar-se ao recredenciamento, o interessado deverá obrigatoriamente preencher o modelo de requerimento padrão constante no Anexo II e apresentá-lo junto aos demais documentos exigidos, na forma do item 2.1 e seguintes.
- 5.2. A pessoa jurídica que conta com mais de uma unidade de atendimento deverá apresentar o referido requerimento padrão de recredenciamento para cada uma das unidades que possuem CNPJ diferentes.
- 5.3. Ao preencher o requerimento padrão o interessado declara total concordância com as condições estabelecidas no presente edital, inclusive quanto à forma de atendimento, tabela de preços e limites de atendimento fixados pela CREDENCIANTE.
- 5.4. No requerimento deverá obrigatoriamente constar a descrição das especialidades e serviços médicos e/ou odontológicos que se pretende realizar com a indicação do respectivo código AMB.
- 5.5. Não serão analisados pedidos de inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao órgão fiscalizador da classe, ou que possuam qualquer nota desabonadora emitida pelo mesmo.
- 5.6. É vedado o requerimento daquele que tenha sido descredenciado por prestação inadequada de serviços ou falta graves, nos últimos 02 (dois) anos.

## **6 DA HABILITAÇÃO:**

- 6.1. Estarão habilitados ao recredenciamento todos os interessados que atenderem as exigências do presente edital.
  - 6.1.1. Conforme o desempenho e o número de serviços realizados por cada recredenciado, a autarquia poderá redistribuir entre eles o recurso disponível vinculado a especialidade atendida objetivando a racionalização dos gastos e eficiência dos serviços prestados.



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO  
AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP  
TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

- 6.2. Os documentos de habilitação devem ser apresentados numerados e em ordem sequencial por item de habilitação (especialidade), de modo a facilitar a análise.
- 6.3. Todos os documentos exigidos devem ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia, exceto fax, desde que autenticada por tabelião ou por servidor da autarquia, mediante assinatura e carimbo.
- 6.4. Os documentos apresentados deverão ser, obrigatoriamente, da mesma unidade de atendimento, com exceção dos documentos que são válidos para qualquer uma das unidades.
- 6.5. Os casos de fusão, cisão ou incorporação do recredenciado serão analisados pela CREDENCIANTE, que poderá ou não permitir a continuidade da prestação de serviços.

## **7 DA ANÁLISE DO REQUERIMENTO DE RECRENCIAMENTO:**

- 7.1. Os requerimentos acompanhados dos documentos exigidos e descritos no Anexo serão recebidos na Sede da Caixa de Previdência dos Servidores Municipais de Cubatão para conferência da qualificação jurídica e técnica das empresas e do responsável técnico.
- 7.2. Não será aceita documentação em desconformidade com as exigências deste Edital.
- 7.3. A Comissão de Recredenciamento terá até 30 (trinta) dias corridos após a entrega para análise da documentação.
- 7.4. A Comissão de Recredenciamento além de receber, examinar e julgar a documentação com obediência aos critérios aqui estabelecidos poderá dirimir, com base na legislação vigente, quaisquer dúvidas ou omissões porventura existentes, ou adotar as medidas legais ou administrativas que se fizerem necessárias ao esclarecimento ou instrução do processo.

## **8 ASSINATURA DO TERMO DE RECRENCIAMENTO:**

- 8.1. Local de assinatura do termo de recredenciamento: na sede Caixa de Previdência dos Servidores Municipais de Cubatão, de segunda à sexta-feira, nos horários 10h às 13h e 14h30 às 16h (exceto feriados).



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO  
AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP  
TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

- 8.2. A aceitação das condições constantes deste edital será formalizada pela assinatura do termo de credenciamento, cuja minuta será disponibilizada no momento da habilitação.
- 8.3. O habilitado deverá assinar o termo de credenciamento no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data do envio da comunicação da habilitação para o endereço eletrônico declarado pelo interessado.

## **9 DO DESCREDENCIAMENTO:**

O processo e os motivos de descredenciamento seguem o estabelecido no termo de credenciamento, que será disponibilizado no momento da habilitação.

## **10 DISPOSIÇÕES FINAIS:**

- 10.1. As condições de execução dos serviços, dos preços e demais obrigações constam na Minuta do Termo de Credenciamento e respectivos anexos.
- 10.2. A formalização do Termo de Credenciamento dar-se-á com fulcro no inciso II do Art. 79 da Lei 14.133/21.
- 10.3. Todas publicações serão feitas no site oficial [www.caixacubatao.sp.gov.br](http://www.caixacubatao.sp.gov.br) e no Diário Oficial do Município.
- 10.4. As dúvidas deverão ser dirimidas pelo e-mail [contato@caixacubatao.sp.gov.br](mailto:contato@caixacubatao.sp.gov.br).

## **11 FORO:**

As partes elegem o foro da Comarca de Cubatão/SP, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir as questões suscitadas na interpretação deste Edital, seus anexos e demais atos deles decorrentes.

## **12 ANEXOS:**

ANEXO I: Documentos para credenciamento;

ANEXO II: Formulário requerimento de credenciamento.

Cubatão, 19 de outubro de 2022



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO  
AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP  
TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

DIEGO BEZERRA PEREIRA

Superintendente



## ANEXO I

### Documentos para Recredenciamento

---

#### I – PESSOA FÍSICA

- a. Requerimento dirigido à Comissão de Recredenciamento solicitando o recredenciamento;
- b. *Curriculum Vitae* atualizado com cópia de todos os certificados, diplomas e títulos de especialista;
- c. Documentos pessoais, como Cadastro de Pessoa Física - CPF e carteira expedida pela entidade de classe;
- d. Alvará de Localização e Funcionamento;
- e. Cópia do certificado de inscrição junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS;
- f. Certidão Negativa junto ao órgão de classe;
- g. Conta Corrente (não pode ser poupança) de pessoa física em qualquer agência do Santander ou Banco do Brasil (se conjunta, o profissional deve ser do titular);
- h. Número de registro do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde);
- i. Inscrição Municipal;
- j. Cópia de pagamento da Taxa de Localização e Funcionamento correspondente ao ano em que está se cadastrando;
- k. Certificado atualizado de execução de dedetização por firma licenciada pela vigilância sanitária;
- l. Auto termo de inspeção da vigilância sanitária.

#### II – PESSOA JURÍDICA REPRESENTANTE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- a. Requerimento dirigido à Comissão de Recredenciamento solicitando o recredenciamento;
- b. Documentos pessoais do Responsável técnico;
- c. Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- d. *Curriculum Vitae* atualizado com cópia dos documentos comprobatórios;
- e. Cópia do Contrato Social, e suas alterações (se houver);
- f. Número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- g. Alvará de Localização e Funcionamento;



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO  
AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP  
TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

- h. Certidão de Regularidade de Débito Junto ao: INSS, FGTS, ISS e tributos federais;
- i. Certidão de Regularidade junto ao órgão de classe;
- j. Conta corrente de pessoa jurídica em qualquer agência Santander ou Banco do Brasil;
- k. Comprovante de isenção de nota fiscal, se for o caso;
- l. Comprovante de isenção de IRRF, se for o caso;
- m. Taxa de Localização e Funcionamento;
- n. Auto termo de inspeção da vigilância sanitária.

**III – PESSOA JURÍDICA REPRESENTANTE DE CLÍNICA, LABORATÓRIO, INSTITUTO OU HOSPITAL**

- a. Requerimento dirigido à Comissão de Recredenciamento solicitando o recredenciamento;
- b. Currículos atualizado com cópia de todos os certificados, diplomas e títulos de especialista de todos que fazem parte do corpo clínico;
- c. Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- d. Documentos pessoais ou carteira expedida pela entidade de classe de todos os profissionais que compõem o corpo clínico;
- e. Cópia do Contrato Social, e suas alterações (se houver);
- f. Alvará de Localização e Funcionamento;
- g. Certidão de Regularidade de Débito junto ao: INSS, FGTS, ISS e tributos federais;
- h. Certidão de Regularidade junto ao órgão de classe;
- i. Conta corrente de pessoa jurídica em qualquer agência Santander ou Banco do Brasil;
- j. Número de registro do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde);
- k. Certificado de regularidade do técnico responsável, quando for laboratório de análise clínica;
- l. Alvará sanitário – licença de funcionamento – licença sanitária municipal;
- m. Inscrição Municipal;
- n. Taxa de Localização e Funcionamento;
- o. Contrato com empresas coletoras de resíduos;
- p. Certificado de dedetização por firma licenciada pela vigilância sanitária;
- q. Certificado de limpeza de caixa d'água (atualizado) por firma licenciada pela vigilância sanitária;
- r. Auto termo de inspeção da vigilância sanitária.





**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO**  
**AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP**  
**TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

#### **IV – EXTENSÃO DE CREDENCIAMENTO**

##### **PESSOA FÍSICA**

- a. Requerimento dirigido à Comissão de Recredenciamento solicitando o credenciamento ou recredenciamento;
- b. *Curriculum Vitae* atualizado com cópia de todos os certificados, comprovando que o profissional está devidamente habilitado para executar tal procedimento.

##### **PESSOA JURÍDICA REPRESENTANTE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

- a. Requerimento dirigido à Comissão de Recredenciamento solicitando o credenciamento ou recredenciamento;
- b. *Curriculum Vitae* atualizado com cópia de todos os certificados, comprovando que o profissional está devidamente habilitado para executar tal procedimento/especialidade.

##### **PESSOA JURÍDICA REPRESENTANTE DE CLÍNICA, LABORATÓRIO, INSTITUTO OU HOSPITAL**

- a. Requerimento dirigido à Comissão de Recredenciamento solicitando o credenciamento ou recredenciamento;
- b. *Curriculum Vitae* atualizado com cópia de todos os certificados, diploma e título de especialista do profissional que irá executar o procedimento solicitado;
- c. Documentos que comprovem a capacidade técnico-operacional da empresa para a realização do procedimento para o qual está solicitando extensão de credenciamento.

#### **V- DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INGRESSAR NO CORPO CLÍNICO DE UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CREDENCIADO**

- a. Segue o mesmo critério da solicitação de extensão de credenciamento.



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE  
CUBATÃO**  
**AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO Nº 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP**  
**TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752**

## **ANEXO II - MODELO**

### **FORMULÁRIO REQUERIMENTO DE RECREDENCIAMENTO**

\_\_\_\_\_(*nome / razão social*)\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_(*cpf / cnpj*)\_\_\_\_\_, com sede na Rua/Avenida  
\_\_\_\_\_n.º\_\_\_\_\_, Bairro\_\_\_\_\_,  
Cidade\_\_\_\_\_, Estado\_\_\_\_\_, CEP\_\_\_\_\_, vem pelo  
presente requerer seu credenciamento para prestação de serviço de Assistência  
\_\_\_\_(*médica, hospitalar, odontológica, home-care*)\_\_\_\_ para atendimento em rede  
própria aos mutuários titulares e seus dependentes devidamente inscritos junto à  
Caixa de Previdência dos Servidores Municipais de Cubatão, nos termos do Edital nº  
003/2022 de Credenciamento, informando desde já os dados a seguir:

Razão Social

Telefone Fax

Correio Eletrônico

Banco – Agência – Conta

Descrição do(s) Serviço(s) - Código AMB.  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - 99999999

Cubatão \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

\_\_\_\_\_  
Assinatura (nome, carimbo e assinatura do representante legal da instituição)