

## **EDITAL Nº 02/ 13**

**O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE NOVO HAMBURGO – IPASEM**, autarquia municipal inscrita no CNPJ/MF sob n.º 94.707.684/0001-00, com sede à Rua 05 de Abril, n.º 280, em Novo Hamburgo – RS, neste ato representado pela sua Diretora Presidente em exercício, Sra. SILVANA BRANDALISE, de acordo com a Resolução 05/2012 aprovada pelo Conselho Deliberativo, torna público que a partir da publicação deste edital em conformidade com a Lei Federal 8.666/93, art. 25, esta credenciando entidades e profissionais da área de ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR E SERVIÇOS COMPLEMENTARES, para prestação de serviços a seus segurados e dependentes.

1) O interessado que preencher os requisitos constantes deste edital e aceitar as regras da referida Resolução (Resolução 05/2012), firmará com este, Termo de Credenciamento para prestação de serviços, com vigência adstrita à dotação orçamentária pela qual deverão ocorrer as despesas dele decorrentes no exercício em que for firmado, prorrogável para o exercício financeiro seguinte, caso não seja denunciado com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência.

1.1) Somente serão credenciados médicos com especialização devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina.

2) Os interessados deverão comparecer à sede do IPASEM, sito à Rua 05 de abril, 280, Bairro Rio Branco, em Novo Hamburgo/RS, nos dias de expediente normal, munido da seguinte documentação:

### **Pessoa Jurídica**

- a) estatuto social e suas alterações devidamente registradas;
- b) certidão negativa de débitos federal, estadual e municipal;
- c) prova de inexistência de débito relativo às contribuições sociais – INSS;
- d) prova de quitação para com o Fundo de Garantia de Tempo de Serviço – FGTS;
- e) alvará de licença de localização ou exercício de atividade, expedido pela Prefeitura Municipal, do estabelecimento;
- f) indicação do responsável técnico, acompanhada de cópia da seguinte documentação:
  - cédula de identidade;
  - diploma de conclusão de curso de graduação;
  - registro no conselho regional da respectiva categoria;
- g) ficha cadastral devidamente preenchida (modelo anexo).

### **Pessoa Física**

- a) cédula de identidade;
- b) diploma de conclusão do curso de graduação;
- c) registro do conselho regional de medicina;
- d) registro da especialização no conselho regional de medicina;
- e) certidão negativa de débitos federal, estadual e municipal;

- f) prova de inexistência de débito relativo às contribuições sociais – INSS;
- g) alvará de licença de localização ou exercício de atividade, expedido pela Prefeitura Municipal, do estabelecimento.
- h) ficha cadastral devidamente preenchida (modelo anexo).

3) O Termo de Credenciamento proposto, bem como o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde, encontram-se à disposição dos interessados na sede do Instituto e [www.ipasemnh.com.br](http://www.ipasemnh.com.br).

4) Para indenização dos serviços efetivamente prestados, o IPASEM adotará as seguintes tabelas e coeficientes:

4.1.) TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO IPASEM/NH, para denominação, codificação e quantificação de valores e procedimentos;

4.2.) TABELA DE GASTOS HOSPITALARES DO IPASEM, para indenização das diárias, taxas, serviços e uso de equipamentos;

4.3.) GUIA FARMACÊUTICO BRASINDICE – para medicamentos;

4.4.) TABELA DE MATERIAIS DO IPASEM – para materiais indenizáveis.

OBS: Caso ocorrer ausência de previsão referente a materiais indenizáveis e/ou medicamentos nas tabelas constantes nos itens 4.3 e 4.4 supra, será exigida apresentação da cópia da respectiva Nota Fiscal do gasto efetuado.

Informações adicionais poderão ser obtidas através do telefone 51 3594-9162, com o Procurador Eduardo.

Novo Hamburgo, 09 de janeiro de 2013.

**SILVANA BRANDALISE**  
**DIRETORA-PRESIDENTE DO IPASEM EM EXERCÍCIO**

**ANEXO I**  
**DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE**

Assinale: ( ) Pessoa Física ( ) Pessoa Jurídica

01) Razão Social/Nome:

\_\_\_\_\_

2) Registro no Conselho Regional: UF \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

3) CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

4) Endereço: \_\_\_\_\_

5) Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

6) Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

7) Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

8) Site/e-mail: \_\_\_\_\_

9) Dia e horário de atendimento: \_\_\_\_\_

10) Serviço prestado (especialidade): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11) Dados Bancários para pagamento:

a) Banco: \_\_\_\_\_

b) Conta Corrente: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_

Novo Hamburgo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável Técnico

