

PRESIDÊNCIA DO CISVALE – DESPACHO

Resposta ao Ofício nº 661SESA/2019 Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

Tendo em vista o pedido formulado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS, relativamente à realização de centenas de consultas na especialidade médica em Vascular em regime de ‘mutirão’, manifesto-me:

Considerando a necessidade externada quanto à demanda reprimida, em especial pela natureza dos serviços (complementares aos atendimentos de saúde), devidamente consubstanciada no ofício mencionado, conforme anexo, e;

Considerando que o regime de “mutirão”, irá gerar uma produção em escala, em curto espaço temporal, acolho o pleito e **autorizo** a realização dos procedimentos necessários para a concretização do “regime de mutirão”, de consultas especializadas e exames diagnósticos e tratamento, conforme solicitação do Município de Santa Cruz do Sul/RS, bem como determino à direção do CISVALE:

- a) Consulta de prestadores interessados, bem como, quanta possibilidade de desconto na tabela contratada, o que deve ser fixado antes da realização do projeto;
- b) Os interessados poderão se habilitar, ao denominado Regime de Mutirão, nos procedimentos pelo novo valor, por e-mail – manifestando interesse, do que será lavrado termo aditivo ao credenciamento em vigor;
- c) Fixação do período do mutirão, que não deve exceder a 120 dias, em razão da possibilidade de produção em face da demanda reprimida;
- d) O presente despacho deve ser publicado no site e no mural, além do envio de e-mail padrão a todos prestadores das áreas em que será realizado o “mutirão”.

e) A organização dos serviços em regime de mutirão, com o apoio da respectiva secretaria municipal de saúde do município de Santa Cruz do Sul/RS. Fica a Diretora Executiva do CISVALE, autorizada a proceder aos ajustes e encaminhamentos necessários para a realização, inclusive decidindo quanto aos encaminhamentos necessários.

Santa Cruz do Sul, 22 de agosto de 2019.

**CÁSSIO NUNES SORES
PRESIDENTE CISVALE**

Registre-se e publique-se.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO
Certifico que o presente ato normativo foi publicado
no site e mural do CISVALE em ___/___/____.
Servidor (carimbo/assinatura):