

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré Medianeira/PR – CEP 85.884-000 3264-5062

CHECK – LIST DA DOCUMENTAÇÃO DO CHAMAMENTO PÚBLICO - CISI 2024

Razão Social da Empresa:		
CNPJ:	Contrato N°.:	

Item	Documentos Anexos		entado	Observação
Edital		_		
7.1	Documentos Pessoa Jurídica	Sim	Não	
A	Anexo II – Req. credenciamento e conhecimento edital			
В	Anexo III – Locais de atendimento e procedimentos (um			
	anexo para consultas e outro para exames)			
C	Anexo IV – Responsáveis administrativos (faturamento e			
	emissão de nota fiscal)			
D	Anexo V – Declaração de idoneidade e trabalho de			
	menores			
E	Anexo VI – Declaração de corpo clínico			
F	Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, e			
	alterações subsequentes ou última alteração consolidada,			
	devidamente registrada, em se tratando de sociedade			
	comercial e/ou sociedade por ações, a ata registrada da			
	assembleia de eleição da diretoria – Cópias autenticada			
F.1	Cópia do R.G. e CPF do sócio administrador - Original			
	ou Autenticada			
G	CNPJ - Atualizado			
H	Cópia do alvará de licença municipal (localização) -			
	Autenticada			
Ι	Licença sanitária da empresa e de todos os locais de			
	atendimento (Não serão aceitos protocolos)			
J	Cópia do CNES - Atualizado			
K	Prova de regularidade fiscal para com a fazenda			
	Municipal			
L	Prova de regularidade fiscal para com a fazenda Estadual			
M	Certidão de débitos relativos a créditos tributários federais			
N.T	e a dívida ativa da União			
N	Prova de regularidade relativa ao fundo de garantia por			
0	tempo de serviço – (CRF)			
0	Certidão negativa de débitos trabalhistas – (CNDT)			
8	Documentos pessoais do profissional responsável pelo			
A	atendimento prestado			
A	Cópia da CRE Autortigado			
B C	Cópia do CPF - Autenticado Cópia do comprovante de inscrição no conselho de classe			
	da categoria profissional pretendida - Autenticado			
D	Cópia do diploma profissional de saúde - Autenticado			
E	Cópia do comprovante de especialidade na área			
12	pretendida – Autenticado (Somente para médicos)			
F	Cópia do cartão do cadastro nacional de saúde (Cartão			
r	SUS)			
G	Declarações pessoais (Anexo VII)			
J	Deciarações pessoais (Alieno VII)	l	l	

F.	Cópia do cartão do cadastro nacional de saúde (Cartão		
	SUS)		
G	Declarações pessoais (Anexo VII)		
HABIL	TTADO: SIM NÃO - Justificativa:		
Data: _ Comiss	ão Permanente de Licitação:		
	•		1