**ANEXO II - A**

**INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

**CREDENCIAMENTO nº 03/2024 – EXERCÍCIO 2025**

À comissão de Licitação de Contratação Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI:

O interessado abaixo qualificado requer sua **INSCRIÇÃO** no **CREDENCIAMENTO Nº 04/2024 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAUDE,** divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI.

|  |
| --- |
|  |

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

CNPJ INSCRIÇÃO CNES

|  |
| --- |
|  |

ENDEREÇO COMERCIAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 TELEFONES CELULAR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 CIDADE/ESTADO CEP

**OBSERVAÇÃO:**

|  |
| --- |
|  |

INFORMAR E-MAIL DO SÓCIO ADMINISTRADOR DA EMPRESA PARA ASSINATURA DIGITAL ELETRÔNICA. UMA VEZ ENVIADO O DOCUMENTO PARA ASSINATURA NO E-MAIL INFORMADO, O MESMO NÃO PODE SER ENCAMINHADO A OUTREM

DADOS DO PREPOSTO:

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

R.G.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

ENDEREÇO COMERCIAL:

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*O preposto é a pessoa indicada para representar e/ou atuar em nome da empresa nas relações cotidianas e obrigacionais. Toda comunicação/notificação com esta pessoa será considerada como comunicação oficial para todos os fins de direito.

**ANEXO II B**

**PESSOA INDICADA COMO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

O FATURAMENTO É REALIZADO ON LINE, PELO SISTEMA MV CONSULFARMA.

|  |
| --- |
|  |

NOME DO RESPONSÁVEL PELA OPERAÇÃO DO SISTEMA DE FATURAMENTO

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 CPF DATA DE NASCIMENTO

**PESSOA INDICADA COMO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**

PARA EMISSÃO DA NOTA FISCAL, AGUARDAR A SOLICITAÇÃO DO CISI, ATRAVÉS DO SETOR CONTÁBIL/FINANCEIRO.

|  |
| --- |
| NOME: E-MAIL: |

**DADOS BANCÁRIOS:**

**A conta indicada abaixo servirá para o pagamento dos serviços executados, devendo ser no nome da empresa (PESSOA JURÍDICA), de preferência Banco do Brasil.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

 **Nº e NOME DO BANCO AGÊNCIA CONTA CORRENTE PJ**

**NOTAS IMPORTANTES**

1. O FECHAMENTO MENSAL DA FATURA SERÁ PELO **FATURAMENTO ONLINE**, ENCERRANDO SEMPRE DIA **20 DE CADA MÊS**, SENDO QUE AS GUIAS DEVERÃO CHEGAR AO CISI ATÉ O SEGUNDO DIA ÚTIL APÓS O DIA 20;
2. A ENTREGA DAS GUIAS ESTÁ CONDICIONADA AO PAGAMENTO CORRESPONDENTE;

3. A EMPRESA CREDENCIADA DEVERÁ PROVIDENCIAR NO ATO DO CREDENCIAMENTO, O CADASTRAMENTO DA PESSOA RESPONSÁVEL JUNTO AO CISI (ANEXO II B), PARA RECEBER LOGIN E SENHA PARA ACESSO AO SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO CISI E PROCEDER O FATURAMENTO;

1. APRESENTAR DECLARAÇÃO COMUNICANDO CASA HOUVER SUSPENSÃO DE ENCARGO FISCAIS (IRRF-CSLLL-COFINS-PIS/PASEP);
2. MANTER A **REGULARIDADE DAS CERTIDÕES NEGATIVAS E VIGILÂNCIA SANITÁRIA, EM PLENA VIGÊNCIA**, SOB PENA DE SUSPENSÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

**CREDENCIAMENTO 03/2024 – EXERCÍCIO 2025**

**À comissão de Licitação do Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI:**

|  |
| --- |
|  |

EMPRESA

**LOCAIS DE ATENDIMENTO E PROCEDIMENTOS A SEREM EXECUTADOS**

|  |
| --- |
|   |

NOME DO PROFISSIONAL QUE REALIZARÁ O ATENDIMENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

REGISTRO PROFISSIONAL Nº CNS (cartão SUS)

|  |
| --- |
|  |

ENDEREÇO DO LOCAL DO ATENDIMENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

CIDADE/ESTADO CEP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    |  |  |

TELEFONE DO LOCAL DE ATENDIMENTO IDADE MÍNIMA DO PACIENTE PARA SER ATENDIDO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

DIA DA SEMANA DO ATENDIMENTO HORÁRIO Nº DE VAGAS

**RELACIONAR OS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO EXECUTADOS NO ENDEREÇO INDICADO ACIMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | VALOR |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

DECLARO ESTAR HABILITADO PARA PRESTAR SERVIÇOS DE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSINATURA DO PROFISSIONAL QUE FARÁ OS ATENDIMENTOS

**ANEXO IV**

**CREDENCIAMENTO 03/2024 – EXERCÍCIO 2025**

**DECLARAÇÃO CONJUNTA**

DECLARAMOS PARA OS FINS DE DIREITO E SOB AS PENALIDADES DA LEI, QUE

1. **NÃO POSSUÍMOS** EM NOSSO QUADRO DE PESSOAL, EMPREGADOS MENORES DE DEZOITO EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE E MENORES DE DEZESSEIS ANOS EM QUALQUER TRABALHO, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ, A PARTIR DE QUATORZE ANOS CONFORME DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL;
2. **NÃO FOMOS DECLARADOS INIDÔNEOS PARA LICITAR OU CONTRATAR COM O PODER PÚBLICO**, EM QUALQUER DE SUAS ESFERAS;
3. **DAMOS CIÊNCIA** E CONCORDÂNCIA COM TODOS OS TERMOS DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2024, E SEUS ANEXOS.
4. **NÃO POSSUIMOS PARENTESCO CONSANGUÍNEO** OU AFIM, ATÉ O TERCEIRO GRAU, COM MEMBROS,
5. SERVIDORES OU OCUPANTES DE CARGO DE DIREÇÃO E ASSESSORAMENTO NO ÂMBITO DO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU - CISI.
6. **TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS** NO ÂMBITO DO REFERIDO EDITAL, BEM COMO TODOS OS DOCUMENTOS APRESENTADOS, **SÃO VERDADEIROS** E AUTÊNTICOS.

POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO O PRESENTE.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do sócio administrador ou responsável pela empresa

**ANEXO V**

**AUTODECLARAÇÃO**

**Lei*14.553, de 2023* – (**os registros administrativos direcionados a órgãos e entidades da Administração Pública, a empregadores privados e a trabalhadores que lhes sejam subordinados conterão campos destinados a identificar o segmento étnico e racial a que pertence o trabalhador retratado no respectivo documento, com utilização do critério da autoclassificação em grupos previamente delimitados.).

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(profissão), portador do R.G. nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO, sob as penas da lei, que sou:

 ( ) preto, ( ) pardo, ( ) branco, ( ) amarelo, ( ) indígena, ( ) outras etnias, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, estarei sujeito às penalidades legais.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO VI**

**CREDENCIAMENTO 03/2024 – EXERCÍCIO 2025**

**DECLARAÇÃO DE CORPO CLÍNICO**

**À**

**Comissão de Contratação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI:**

 (Razão Social)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem através desta, informar os nomes dos profissionais que compõem o quadro clínico da empresa para prestar serviços ao CISI, conforme enumerado abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO PROFISSIONAL** | **FUNÇÃO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA