**LISTAGEM DA DOCUMENTAÇÃO DO CHAMAMENTO PÚBLICO**

**SERVIÇOS DE SAÚDE E AFINS**

**CONTRATO Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Razão Social da Empresa:** |
| **CNPJ:**   | **Nome:** |
| **Telefone:**  | **E-mail:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Documentos**  | **Apresentado** | **Observ.:** |
| **7.1** | **DOCUMENTOS PESSOA JURÍDICA** | **Sim** | **Não** |  |
| **1** | **Anexo II A** – Requerimento para Inscrição/Renovação ao credenciamento; **II B** – Indicação de responsáveis pelo faturamento e emissão de notas fiscais e dados bancários; |  |  |  |
| **2** | **Anexo III** – Descrição dos locais de atendimento e serviços a serem executados, conforme Tabela de Preços Públicos de Saúde – CISI/2025 **(se houver mais de um local de atendimento, usar 01 anexos III para cada local).**  |  |  |  |
| **3** | **Anexo IV** – Declaração conjunta de cumprimento do disposto no Art. 7º, inciso XXXIII, da CF, Inidoneidade, ciência do edital e veracidade das informações; |  |  |  |
| **4** | **Anexo V –** Autodeclaração raça/etnia |  |  |  |
| **5** | **Anexo VI** – Relação dos profissionais que integram o corpo clínico e irão prestar atendimento ao CISI; |  |  |  |
| **6** | CNPJ - **Atualizado** |  |  |  |
| **7** | **Certidão simplificada** do ato constitutivo da empresa atualizada **ou** **contrato social** com a última alteração – Original ou Autenticada. **-** Quando for Estatuto, juntar ata da eleição da diretoria |  |  |  |
| **8** | Cópia do **R.G. e CPF do sócio administrador** - Original ou Autenticada |  |  |  |
| **9** | Cópia do **Alvará de Licença Municipal** (localização) |  |  |  |
| **10** | Cópia da **Licença Sanitária** da empresa e dos locais de atendimento  |  |  |  |
| **11** | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – **CNES** atualizado |  |  |  |
| **12** | Prova de **regularidade fiscal** para com a fazenda **Municipal** |  |  |  |
| **13** | Prova de **regularidade fiscal** para com a fazenda **Estadual** |  |  |  |
| **14** | **Certidão de débitos** relativos a créditos **tributários Federais** e à dívida ativa da União (**inclui INSS);** |  |  |  |
| **15** | Prova de regularidade relativa ao fundo de garantia por tempo de serviço**- FGTS – (CRF)** |  |  |  |
| **16** | Prova de regularidade relativa à **certidão negativa** de débitos **trabalhista**s – (CNDT) |  |  |  |
| **17** | Certidões **negativas correcionais** da Controladoria Geral da União (ePAD, CGU-PJ, CEIS, CNEP e CEPIM) |  |  |  |
| **18** | **Declaração** comunicando **se houver suspensão de encargos fiscais** (IRRF, CSLL, COFINS, PIS/PASEP) |  |  |  |
| **8.** | **DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO**  |  |  |  |
| **1** | Cópia **RG e CPF** – autenticados ou com QR Code. |  |  |  |
| **2** | Cópia do comprovante de inscrição no Conselho de classe da categoria profissional **autenticada** |  |  |  |
| **3** | **Cópia do diploma** do profissional de saúde **autenticado** |  |  |  |
| **4** | Cópia do Cartão do Cadastro Nacional de Saúde **(CNS) – (Cartão SUS)** |  |  |  |
| **5** | **Comprovante de endereço** do profissional. |  |  |  |
|  | A autenticação da cópia dos documentos solicitados poderá ser feita por servidor do CISI, mediante apresentação dos originais, conforme Lei 13.726/2018. |  |  |  |

**HABILITADO**: **SIM**  **NÃO DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Justificativa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comissão Permanente de Licitação:**

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