**ANEXO I**

**CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2025 – EXERCÍCIO 2025**

**TABELA DE PREÇOS PÚBLICOS CISI/2024 PARA AQUISIÇÃO DE APARELHOS AUDITIVOS COM SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **código** | **Descrição** | **valor global unidade** |
| **07.01.03.008-9** | Logoaudiometria; imitanciometria; teste, seleção e indicação do aparelho auditivo; retro auriculares com molde, ou adaptação aberta e intra canal, conforme a necessidade do paciente; no mínimo 16 canais 8 bandas, ou equivalente; adaptação do aparelho; estojo e kit de limpeza; 6 pilhas; 1 sílica e acompanhamento mínimo de 12 (doze) meses e direito vitalício às regulagens. Prazo de garantia do aparelho 02(dois) anos. Registro na Anvisa | **R$ 2.000,00** |

**ANEXO II - A**

**CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2025 – EXERCÍCIO 2025**

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

O interessado abaixo qualificado requer sua **INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO** no **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2025 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA,** divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI.

|  |
| --- |
|  |

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

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

CNPJ INSCRIÇÃO CNES

|  |
| --- |
|  |

ENDEREÇO COMERCIAL

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

TELEFONES CELULAR

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

CIDADE/ESTADO CEP

**ANEXO II B**

**PESSOA INDICADA COMO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

O FATURAMENTO É REALIZADO ON LINE, PELO SISTEMA 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Carimbo e assinatura sócio administrador

**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

**ANEXO III**

**CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2025 – 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: FONOAUDIOLOGIA

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

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

ASSINATURA DO PROFISSIONAL QUE FARÁ OS ATENDIMENTOS

**ANEXO IV**

**CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2025 – EXERCÍCIO 2025**

**DECLARAÇÃO UNIFICADA DE CUMPRIMENTO AO EDITAL**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, Sr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA, EXPRESSAMENTE, que:

a) Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI e de que o requerimento apresentado compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos neste instrumento convocatório;

b) Cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento, estando plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, que cumpre os requisitos de habilitação, que encaminha anexo os documentos necessários;

c) Não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do art. 7°, XXXIII, da Constituição da República de 1988;

d) Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

e) Se for o caso, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;

f) Que não possui nenhum impeditivo vigente para participar do presente credenciamento, nos termos do art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021, bem como não se enquadra em nenhuma das condições de impossibilidade de participação do certame previstas neste Edital;

g) Não é inidônea para licitar e contratar com a Administração Pública, nem está suspensa ou impedida de licitar ou contratar com o Consórcio e seus entes consorciados;

h) Não possui, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, condenação judicial, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;

i) Que tem total conhecimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde – SUS e, sobretudo, da obrigação de prestar atendimento gratuito aos pacientes que forem encaminhados via Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI;

j) Que estou ciente da integralidade dos valores contidos na TABELA DE PREÇOS PÚBLICOS CISI/2024 PARA AQUISIÇÃO DE APARELHOS AUDITIVOS COM SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA;

k) Que se compromete em manter sigilo e confidencialidade de todas as informações, em especial os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis – repassadas em decorrência da execução contratual, em consonância com o disposto na Lei nº 13.709/2018, sendo vedado o repasse das informações a outras empresas ou pessoas, salvo aquelas decorrentes de obrigações legais ou para viabilizar o cumprimento do edital/instrumento contratual;

l) Ter ciência de que responderei administrativa e judicialmente, caso causarem danos patrimoniais, morais, individual ou coletivo, aos titulares de dados pessoais, repassados em decorrência da execução contratual, por inobservância à LGPD;

m) Ter ciência de que, em atendimento ao disposto na Lei n. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o CONTRATANTE, para a execução do serviço objeto deste edital, terá acesso aos dados pessoais dos/as representantes da INTERESSADA/CONTRATADA, tais como: número do CPF e do RG, endereços eletrônico e residencial, cópia do documento de identificação;

Cidade/Estado,\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_ .

**Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador**

**ANEXO V**

**CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2025 – EXERCÍCIO 2025**

**AUTODECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE REALIZARÁ O SERVIÇO**

**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 2025.

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

Assinatura

**ANEXO VI**

**CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2025 – EXERCÍCIO 2025**

**DECLARAÇÃO DE CORPO CLÍNICO**

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF XXXXXXXXXXXXX, 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** |
|  |  |
|  |  |

Local e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA