**ANEXO II – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – 2024**

**TIMBRE DA EMPRESA**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Ivaiporã**

O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA AMBULATÓRIO ESCOLA, Chamamento público nº. 06/2024**, do **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã,** objetivando a prestação de serviço dos procedimentos descritos na tabela abaixo:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

CEP: FONE COMERCIAL: CELULAR:

MUNICÍPIO: UF

**DADOS BANCARIOS**: O**BRIGATÓRIO QUE SEJA BANCO DO BRASIL**

**BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:** | | **QUANTIDADE (mês)** | **QUANTIDADE(Ano)** | **VALOR DO PROCEDIMENTO** |
| Consulta médica especializada (ambulatório médico escolar) | |  |  |  |
|  |  |  |
| **QTDE/ DIA** | **DIAS DE ATENDIMENTOS** | **LOCAL DE ATENDIMENTO** | | |
|  |  |  | | |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO (S) PROFISSIONAL(S) QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS** | **CPF** | **RG:** | **CRM Nº** | **TELEFONE DO MÉDICO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Local / data/ ano

Declaro que conheço e concordo com os termos constantes do Edital de Credenciamento e seus Regulamentos.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

DA EMPRESA REQUERENTE

**TIMBRE DA EMPRESA**

**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – PARANÁ.**

Declaro para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área da saúde, que não fui declarado inidôneo para contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

**CIDADE, DATA, MÊS ANO.**

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

NOME DA EMPRESA

REQUERENTE

**TIMBRE DA EMPRESA**

**ANEXO IV – Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da DE IVAIPORÃ – Estado do Paraná**

Declaro para os fins de direito e sob as penas impostas pela Lei nº. 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e demais legislação pertinente, o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

     Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

**CIDADE, DATA, MÊS ANO.**

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

NOME DA EMPRESA

REQUERENTE

**ANEXO V - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DO CORPO CLINICA**

À Comissão de Licitação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã – PR.

A empresa,

Razão Social,

CNPJ:

DECLARA:

Para os devidos fins de credenciamento, que os profissionais abaixo relacionados fazem parte do corpo clinico desta prestadora de serviço:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME DO PROFISSIONAL** | **CRM Nº** | **ESPECIALIDADE** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Ivaiporã, dia/mês/ano.**

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

**Nome e assinatura do representante legal da empresa**

**ANEXO VI - TERMO DE RESPONSABILIDADE – LOGIN E SENHA**

(RAZÃO SOCIAL), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por seu representante legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara para os devidos fins, que será de uso intransferível o *login* e senha disponibilizado pelo CIS Ivaiporã ao profissional médico que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Ivaiporã, \_\_\_\_\_\_de xxxxx de 2024.

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

Assinatura do RESPONSÁVEL TÉCNICO

(indicado no Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe, dentro do prazo de validade)

**ANEXO VII**-**TERMO DE COMPROMISSO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO**

(RAZÃO SOCIAL), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em respeito à Resolução CFM nº 1821/2007 e §1º do artigo 87 do Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 1.931/2009, sobre o prontuário eletrônico, por seu responsável técnico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se compromete, ao preenchimento do prontuário eletrônico do sistema CIS Ivaiporã – IDS Saúde, nos atendimentos aos pacientes atendidos, bem como se necessário, impressão e assinatura em prontuário físico.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Ivaiporã, \_\_\_\_\_\_de xxxxx de 2024.

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

Assinatura do RESPONSÁVEL TÉCNICO

(indicado no Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe, dentro do prazo de validade)

**ANEXO VIII - CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

**(RAZÃO SOCIAL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrita no CNPJ sob o n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara para o fim de participação no Chamamento Público - Edital de Credenciamento n° 01/2024 do Ivaiporã, declara que:

1. De que está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada 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 no instrumento convocatório.
2. Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7°, XXXIII, da Constituição.
3. 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.
4. 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.
5. Outrossim, expressa ter ciência de que o descumprimento do disposto acima durante a vigência da contratação, acarretará em rescisão da mesma e sujeitará a licitante às sanções previstas na Lei nº 14.133/2021.
6. Não há servidor público de município participante do referido Consórcio na administração direta, indireta ou integrado no quadro de diretores ou conselheiros desta empresa;
7. Que nenhum servidor público ou membro comissionado do CIS Ivaiporã ou dos entes consorciados integra nosso quadro societário, nem funcional, sob qualquer regime de contratação.
8. Recebeu todas as cópias do Edital de Chamamento Público, bem como todas as informações necessárias e que possibilitam a entrega da documentação e proposta, em conformidade com as exigências do Edital de Chamamento Público, concordando com os termos do presente certame;
9. Na qualidade de proponente do procedimento licitatório em epigrafe, que atende aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente, conforme estabelece a legislação vigente (Decreto Estadual nº 6252/2006).
10. Que todos os equipamentos estão de acordo com a legislação vigente e com as manutenções preventivas e corretivas vigentes.
11. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA DISPONIBILIDADE DOS DADOS: Em virtude da indispensabilidade da divulgação dos dados constantes nos documentos de habilitação e da proposta de preços (Anexo II) previstos no inciso VI, art. 7º da Lei 12.527/2011, DECLARO ciência e consentimento para divulgação dos dados, nos termos da Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Ivaiporã, \_\_\_\_\_\_de xxxxx de 2024.

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

**Representante Legal da empresa e/ou procurador.**