**C R E D E N C I A M E N T O E X E R C Í C I O - 2 0 1 7**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 34/2017**

**EDITAL DE INEXIGIBILIDADE Nº 04/2017**

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE**

**Processo de Chamamento Público 02/2017, publicado no Jornal Tribuna do Interior, em 14/04/2017 edição n. 9.582, em Editais, página 08**

1. **PREÂMBULO**

**1.1** O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – Cis-Comcam faz saber, a todos quantos virem o presente edital ou dele tiverem conhecimento, que abrirá inscrições para o credenciamento de profissionais ou clínicas especializadas para prestação de serviços para o exercício de 2017**,** conforme condições constantes deste instrumento.

1. **DO OBJETO**

 O objeto do presente Edital é o **CREDENCIAMENTO** de clínicas ou Profissionais (especializados), para a prestação de serviços nas especialidades contidas no despacho da Presidência, a seguir elencadas: **Ginecologia/Obstetrícia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Medicina Nuclear.**

* 1. Os valores praticados pelos prestadores de serviço após o credenciamento será a **TABELA GERAL DE VALORES – CISCOMCAM 2017**, objeto da Resolução nº 9/2012 de 18/09/2012 publicada em 26/10/2012 e Resolução nº 9/2013, devidamente publicada no Jornal Tribuna do Interior em 07/12/2013, edição n. 8.331, com as devidas atualizações.
	2. A mesma também encontra-se divulgada no site [www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br)
	3. Os serviços serão prestados nas clínicas credenciadas.

**3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

* 1. Poderão participar do Credenciamento as pessoas jurídicas da área de saúde, que mantenham em seus quadros, profissionais que gozem de boa reputação profissional e desde que atendidos os requisitos do **Item 6.1** do presente edital, exigidos no instrumento de chamamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência aos pacientes.
	2. Não poderão participar do Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.
	3. Não será permitida a participação de consórcios licitantes.
	4. Não será permitida participação de licitantes, impedidos pelo disposto na Súmula 13 do Superior Tribunal Federal, de 21/08/2008, publicada no DOU de 29/08/2008.
	5. Não poderão participar do Credenciamento os profissionais de saúde integrantes do quadro de pessoal do CIS- COMCAM.
1. **DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**
	1. Os interessados poderão inscrever-se a partir da publicação do presente instrumento e nos moldes da Lei nº 8.666/1993.
	2. Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem no prazo os documentos elencados nos itens **6.1.1 e 6.1.2.** deste instrumento, devendo obrigatoriamente participar do processo de inexigibilidade a ser realizado.
	3. Os interessados poderão solicitar a inscrição no credenciamento dentro do prazo estabelecido neste Edital em dias de expediente, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.
	4. As inscrições serão analisadas de acordo com as necessidades do CIS-COMCAM, sujeitando-se a efetiva demanda do serviço ao período remanescente de vigência do Credenciamento.
	5. As inscrições para o credenciamento se darão a partir do dia **29*/05/2017*** com data prevista para o encerramento em **09/06*/2017*** às 16h00min, através da entrega de envelope lacrado contendo os documentos conforme os **Itens 6.1.1 e 6.1.2** com os seguintes dizeres:

***AO CIS-COMCAM***

**CREDENCIAMENTO CISCOMCAM**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 34/2017**

**INEXIGIBILIDADE Nº 04/2017**

**RAZÃO SOCIAL DA PROPONENTE:**

**CNPJ/CPF:**

* 1. Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos dos documentos na seguinte forma:
		1. Acesso à internet pelo site: [www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br).
		2. Nas dependências do CIS-COMCAM
		3. Os serviços poderão ser prestados na sede do CISCOMCAM situado na Rua Mamborê, 1542, ou nos endereços indicados pelo profissional.
1. **DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

**5.1** Encaminhar até a data prevista neste Edital, os documentos relacionados nos **Itens 6.1.1 e 6.1.2** à Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta feira, das 08h00min às 16h00min horas, à Rua Mamborê, 1542, centro, CEP 87.302-140, Campo Mourão, Paraná, em envelope fechado.

1. **DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO**
	1. As inscrições para o credenciamento de ***pessoas jurídicas e físicas*** se darão a partir da data de publicação deste instrumento, com data prevista para o encerramento em **09*/06/2017****,* através da entrega da Solicitação de Credenciamento (modelo de requerimento) acompanhado dos seguintes documentos:

**6.1.1** **Das** **Pessoas Jurídicas**

1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I**;
2. Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo III**;
3. Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei

8.666/93 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no **Anexo IV**

1. Cópia do Cartão CNPJ;
2. Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica ou mesmo o relatório de “Consulta QSA / Capital Social” emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica;
3. Cópia do ato constitutivo e sua ultima alteração, devidamente registrado no órgão competente;
4. Certidão Conjunta da Receita Federal (<http://www.receita.fazenda.gov.br>);

**OBS:** Será observada a data da emissão, verificando se abrangerá ou não as contribuições previdenciárias.

1. Certidão da Fazenda Estadual, disponível no site da Receita Estadual Respectiva;
2. Certidão da Fazenda Municipal do Município onde encontra lotada a respectiva empresa, devendo ser observado para tanto o Cartão CNPJ;
3. Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF) (<http://www.caixa.gov.br>);
4. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (<http://www.tst.jus.br/certidao>);
5. Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei

8.666/93 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no **Anexo IV**

**l)** Apresentação de **Licença Sanitária e** **Alvará de Licença.**

**Parágrafo Único** – Os prestadores de serviço deverão indicar no **Anexo I,** o(s) profissional (ais) que executará (ão) o(s) serviço(s) ora contratado, devendo anexar os seguintes documentos:

1. Cópia do RG;
2. Cópia do CPF;
3. Cópia do Diploma de graduação em ensino superior;
4. Cópia do Diploma de Especialista;
5. Cópia da Carteira Profissional: CRM, CRN, CRF, CREFITO, OUTROS;
6. Cópia do Cartão SUS;
7. Cópia do Comprovante de Endereço;
8. Telefone celular e-mail para contato;

**OBS 2:** Quaisquer das certidões, declarações ou documentos do interessado disponíveis via internet ***NÃO SERÃO IMPRESSOS pelo CIS-COMCAM***, salvo nos casos de flagrante interesse público.

**OBS 3:** O Ciscomcam ***NÃO SE RESPONSABILIZARÁ*** por documentação faltante. Os interessados deverão, ***OBRIGATORIAMENTE****,* entregar toda a documentação exigida no presente edital sob pena de não serem credenciados.

* + - 1. A falta de quaisquer é razão para indeferimento da solicitação.
			2. Uma vez homologada a inscrição, o prestador será convocado para firmar o Termo de Credenciamento/Contrato.
		1. **Das Pessoas Físicas**
1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo II**;
2. Declaração do proponente de que não pesa contra si, declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com o modelo constante no **Anexo III;**
3. Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 8.666/93 quanto às demais legislações atinentes à espécie, de acordo com o modelo constante no **Anexo IV**.

**d)** Cópia do RG;

1. Cópia do CPF;

Cópia do Diploma de graduação em ensino superior;

1. Cópia do Diploma de Especialista;
2. Cópia da Carteira Profissional: CRM, CRN, CRF, CREFITO, OUTROS;
3. Cópia do Cartão SUS;
4. Cópia do Comprovante de Endereço;
5. Telefone celular e-mail para contato;
6. Apresentação de **Licença Sanitária e** **Alvará de Licença.**

***Observação 1.*** O Ciscomcam ***NÃO SE RESPONSABILIZARÁ*** por documentação faltante. Os interessados deverão, ***OBRIGATORIAMENTE****,* entregar toda a documentação exigida no presente edital sob pena de não serem credenciados.

* + - 1. A falta de quaisquer é razão para indeferimento do solicitação.
			2. Uma vez homologada a inscrição, o prestador será convocado para firmar o Termo de Credenciamento/Contrato.

***Observação 2.*** Somente poderão participar do respectivo credenciamento (como pessoas físicas) os profissionais que no exercício corrente já possuem vínculo através de R.P.A. com o Cisocmcam.

1. **DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO**

**7.1**  O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, com exposição no Átrio interno do CIS-COMCAM.

**7.2** Os inscritos serão cadastrados segundo a avaliação técnica, mediante análise da demanda, pelos elementos constantes da documentação relacionadas nos **Itens 6.1.1 e 6.1.2** do presente instrumento e em acordo com a ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação.

**7.3** O credenciamento se dará após a Homologação do Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade.

**7.4** O Credenciamento será renovado a critério do consórcio através de um novo Chamamento através da imprensa oficial e de jornal diário, objetivando atualizar os cadastros já existentes e o ingresso de novos interessados.

* 1. Não serão aceito cadastro com documentação incompleta.
1. **DOS** **CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO**
	1. As condições de credenciamento de prestadores de serviços do CIS-COMCAM são universais e, portanto, sob as mesmas condições para todos os prestadores de serviços, razão pela qual são firmadas num tempo de disposição rígidas e inegociáveis, em que obrigam tanto ao Consórcio de Municípios como os prestadores de serviços, após o deferimento de seu credenciamento.
	2. As pessoas jurídicas e físicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:
		1. Priorizando os profissionais credenciados nos exercícios anteriores;
		2. Mediante demanda dos serviços;
		3. Ordem de apresentação dos envelopes, junto ao setor de Licitação e Contratos, levando em consideração o protocolo aposto no envelope de credenciamento.
		4. Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado/prestador de serviços fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas neste instrumento, bem como de sua capacitação profissional.
		5. A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.
		6. A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser alterado, visando adequar os serviços e/ou valores às condições de execução ora prestados.
		7. O proponente será credenciado no lote respectivo à especialidade oferecida, devendo este entrar em contato com o setor de agenda para liberação dos procedimentos a serem realizados.
		8. O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento, bem como senão atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

**9 DO PRAZO DE EXECUÇÃO**

* 1. O prazo de execução se dará a partir de **15/06/2017 a 31/01/2018.**
1. **DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**
	1. Para a efetivação do pagamento, o credenciado deverá manter atualizadas as certidões requeridas nos **Itens 6.1.1 e 6.1.2** deste edital, bem como observadas as demais disposições da **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, a qual** Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.
	2. O CREDENCIADO deverá enviar os protocolos, pedidos e/ou requisições emitidas e autorizadas pelos Municípios e pelo CIS-COMCAM, devidamente assinadas, sem rasuras, carimbadas, faturadas entre o décimo sexto dia do mês anterior e o décimo quinto dia do mês corrente, ao Setor de Faturamento do Cis-Comcam.
	3. Os boletos que não atenderem as especificações do item anterior, serão GLOSADOS, e ficarão a disposição no setor de fatura para a retirada e correção por parte da clínica
	4. Após a conferência e posterior elaboração das planilhas pelo Setor de Faturamento do CIS-COMCAM, **ficará disponível no site do CISCOMCAM (www.ciscomcam.com.br)** os valores para emissão e entrega da Nota Fiscal e RPA, na data estipulada pelo Setor de Contabilidade do Consórcio.
	5. O documento fiscal impresso juntamente com as certidões deverão ser entregues no setor de contabilidade, pessoalmente ou via correios.
	6. Não será aceito o recebimento de documento fiscal pelo portal eletrônico.
	7. A entrega do documento fiscal impresso fora da data estipulada implicará o pagamento com atraso, tendo em vista que a contabilidade do CIS-COMCAM segue as normas da Lei Federal nº 4.320 de 17 de março de 1964 e do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.
	8. Após a entrega do documento fiscal impresso a Tesouraria do CIS-COMCAM providenciará o pagamento através de transferência bancária, (BANCO DO BRASIL) após o repasse do Recurso SUS e transferências dos Recursos Próprios dos Municípios consorciados.
	9. O pagamento pelos serviços, ora Credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das respectivas Áreas da Saúde.
	10. O pagamento será efetivado pela instituição mediante assinatura do instrumento contratual.
	11. É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, bem como a indução para o serviço particular, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.
	12. Ainda para efeito de pagamento, além de manter atualizadas as certidões exigidas neste instrumento, o credenciado deverá enviar, obrigatoriamente e juntamente com a nota fiscal do mês a ser pago, as seguintes certidões:
		1. Certidão Conjunta da Receita Federal (<http://www.receita.fazenda.gov.br>;
		2. Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF) (<http://www.caixa.gov.br>).
	13. O CIS-COMCAM realizará o seu pagamento até o último dia do mês subseqüente ao fechamento da fatura, mediante a apresentação do respectivo documento fiscal.
	14. A remuneração pela prestação dos serviços se dará de acordo com a **TABELA CISCOMCAM referida no Item 2.2 deste Edital.**
	15. O valor disponível para realização dos serviços constará no orçamento para o exercício de 2017.
	16. Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento para exercício de 2017.
2. **DO CRITÉRIO DE REAJUSTE**
	1. O valor dos procedimentos sofrerão reajuste de acordo com a Resolução 07/2012 e suas alterações, devidamente publicada no jornal Tribuna do Interior, edição nº 8.352, o que poderá implicar em aumento ou redução.
3. **DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**
	1. Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento, a saber:
		1. - 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.34.00.00. - Fonte: 01001 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATO DE TERCEIRIZAÇÃO
		2. 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.34.00.00. - Fonte: 01496 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATO DE TERCEIRIZAÇÃO
		3. - 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.34.00.00. - Fonte: 01499 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATO DE TERCEIRIZAÇÃO
		4. - 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.36.00.00. - Fonte: 01001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
		5. - 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.36.00.00. - Fonte: 01496 - O OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
		6. - 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.36.00.00. - Fonte: 01499 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
		7. - 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00. - Fonte: 01001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
		8. - 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00. - Fonte: 01496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
		9. - 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00. - Fonte: 01499 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
4. **DO PRAZO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**
	1. O prazo de execução será de 15 de junho de 2017 a 31 de janeiro de 2018, sendo que os credenciamentos efetivados a partir desta data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade.
5. **DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS**
	1. Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o CIS-COMCAM poderá garantir a prévia defesa, aplicar aos infratores as sanções do art. 87 da Lei nº. 8666/93.
	2. Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, o CIS-COMCAM manterá disponível ao usuário do SUS serviço de denúncia e/ou ouvidoria, nas dependências do CIS-COMCAM..
6. **DA PRORROGAÇÃO DO CONTRATO**

**15.1** Os contratos extraídos deste Edital de Inexigibilidade poderão ser prorrogados por meio de termo aditivo acordado entre as partes, desde que estejam em consonância com parecer jurídico emitido pela instituição.

1. **DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS**
	1. Os usuários dos serviços são aqueles atendidos nas unidades de saúde ou encaminhado pelas mesmas, com guias devidamente autorizadas.
2. **DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO**
	1. Caso ocorra negativa de atendimento o credenciado poderá ter seu credenciamento suspenso ou mesmo cancelado.
	2. Os boletos/guias oriundos dos municípios deverão ser registrados pelo prestador no sistema eletrônico fornecido pelo CIS-COMCAM para a elaboração da fatura.
	3. O credenciado deverá fazer uso de um computador e uma leitora de código de barras para utilização do sistema, os quais não serão fornecidos pelo consórcio.
	4. É obrigatória ao credenciado a utilização do prontuário eletrônico oferecido pelo Cis-Comcam.
	5. Os boletos não registrados pelo prestador, não serão registrados pelo setor de fatura do CIS-COMCAM, o que acarretará do não pagamento dos mesmos.
	6. Nos caso citado no item anterior, os boletos ficarão disponíveis no setor de fatura, ficando o prestador responsável pelo recolhimento e correção dos mesmos junto ao setor para inclusão no mês posterior.
	7. O credenciado não deverá direcionar vagas para nenhum município. A distribuição das vagas fica a cargo do Cis-Comcam que faz a distribuição da mesma com base na população de cada município dentro do teto estipulado pelo credenciado.
	8. O credenciado que se propôs a prestar o serviço de consultas médicas não poderá atender menos de 100 (cem) paciente por mês.
	9. O credenciado que faltar, deverá comunicar ao consórcio no mínimo 24 horas antes e deverá abrir no máximo em 15 dias, outro dia de atendimento para atender os pacientes agendados no dia em que ocorreu/ocorrerá a falta.
3. **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**
	1. Para obter cópia deste Edital e anexo, os interessados poderão acessar o site do CIS-COMCAM. <http://www.ciscomcam.com.br>.
	2. O presente Edital será publicado no Jornal Tribuna do Interior do Município de Campo Mourão, bem como afixado no Mural do CIS-COMCAM.
	3. Ao credenciar-se, o CONTRATADO declara estar ciente que presta serviço de caráter público remunerado, e que para tanto, sujeitar-se-á e respeitará o interesse público primordialmente.
	4. Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços será convocado para firmar o Termo de Credenciamento / Contrato.
	5. Esclarecimentos, relativo ao presente credenciamento público e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado ao CIS-COMCAM, a Rua Mamborê nº 1542, CEP 87302-140 - Fone/Fax (0xx44) 3523-3684 - Campo Mourão, Paraná.
	6. O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser rescindido por ambas as partes, de pleno direito, independente de qualquer notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, assim como livre de qualquer ônus nos seguintes casos:
		1. Por dolo, culpa simulação ou fraude na sua execução, ou nos serviços contratados;
		2. Quando pela reiteração de impugnações efetuadas pela Contratante, ficar evidenciado a incapacidade da Contratada de executar o contrato ou dar continuidade ao mesmo;
		3. Por razões de interesse público, conforme art. 78 da Lei n. 8.666/93;
		4. Nas demais hipóteses previstas em Lei;
		5. Das sanções, multas e da rescisão prevista nos artigos 86 a 88 da Lei n. 8.666/93;
		6. Falta de dotação orçamentária e/ou recursos disponíveis por parte da contratante;
		7. Inexecução total ou parcial do Termo de Credenciamento / Contrato ensejará a rescisão do instrumento com as consequências nele estabelecidos e as previstas nos artigos 77 a 80 da Lei n. 8.666/93.

Campo Mourão, 26 de maio de 2017

Willian José Marques Costa

 Presidente da Comissão de Licitação

Obs. Via original assinada encontra-se nas dependências do Ciscomcam

**Anexo I – Modelo de requerimento para credenciamento – Pessoa Jurídica**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA divulgado pelo ***Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM*** objetivando a prestação de serviços nos termos do chamamento público.

Razão Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Micro Empresa: ( ) Não ( ) Sim ( ) EPP ( ) ME ( ) MEI

Optante Simples: ( ) Não ( ) Sim

Número do CNAE Nacional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone Comercial: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Celular: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados Bancários: Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conta Corrente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Descrição Procedimento / Exame** | **Quantidade** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profissional que executará os serviços:** | **CPF nº:** | **RG/Órgão emissor** | **Carteira Profissional nº.** | **Telefone** **(fixo/celular)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Campo Mourão – Pr, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.........................................................................

Nome

|  |
| --- |
| **PROFISSIONAL QUE EXECUTARÁ O SERVIÇO** |
| **Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Especialidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Número da Carteira Profissional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Telefone fixo: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Telefone celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Responsável pela assinatura do contrato****(Representante Legal)** | **CPF** | **RG/órgão emissor** | **Telefone contato** |
|  |  |  |  |

Campo Mourão – PR, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(assinatura do solicitante)

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

(nome do solicitante)

**Anexo II – Modelo de requerimento para credenciamento – Pessoa Física**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA divulgado pelo ***Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM***, objetivando a prestação de serviços médicos na especialização abaixo citada, nos termos deste chamamento público.

Nome:.....................................................................................................................................

Endereço:...............................................................................................................................

Cidade:................................................................ Estado................................. CEP:...............................

Telefone Comercial: ( )................................. Telefone celular: ( ) .................................

CPF nº: ............................... RG nº ..............................Órgão Emissor................. CRM nº: .....................

Dados Bancários:

Banco: ...................................... Agência: ...................................Conta Corrente: ...................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Descrição Procedimento / Exame** | **Quantidade** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profissional que executará os serviços:** | **CPF nº:** | **RG: órgão Emissor** | **CRM nº.** | **Telefone** **(fixo/celular)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Campo Mourão – Pr, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.........................................................................

Nome

**Anexo III – Declaração de idoneidade**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área médica, que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão, em \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_.

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

(assinatura do solicitante)

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

(nome do solicitante)

**Anexo IV– Declaração de que não possui impedimento referente à Lei 8.666/93**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado DECLARA para os devidos fins de direito, que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 8.666/93, quanto às demais legislações atinentes à espécie.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente

Campo Mourão, em \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(assinatura do solicitante)

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

(nome do solicitante)