**ANEXO II**

**Modelo de Requerimento de Credenciamento**

|  |
| --- |
| Ao Consórcio Público da Região Expandida Sul – CIM Expandida Sul |

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS INDICADOS ABAIXO – CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 009/2018**, divulgado pelo **CIM EXPANDIDA SUL** e declara, para os devidos fins e sob as penas da Lei, que concorda em praticar nos serviços credenciados os preços estipulados na tabela do **Apêndice I do Anexo I**.

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

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

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

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

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

Profissional responsável técnico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidade profissional:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área pleiteada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel/Cel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Serviços a Credenciar:**

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição conforme a tabela | Valor referido pelo CIM Expandida Sul |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Conta Bancária nº:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ES, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

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

(nome e assinatura do solicitante)

**ANEXO IIl**

**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA**

**DECLARO,** pelo presente termo, estar ciente que:

**1)** A conta bancária mencionada no Anexo I preferencialmente deve ser do Banco do Estado do Estado Santo – BANESTES ou BANCO DO BRASIL.

**2) Os serviços estipulados neste contrato serão pagos mediante as seguintes condições:**

**I -** Apresentação pelo interessado dos seguintes componentes**:**

**a**) Até o dia 26 de cada mês a secretaria de saúde do município consorciado no qual o serviço foi prestado, encaminhará o faturamento composto de check-in e relatório assinado pelo Secretário Municipal de Saúde, discriminando o serviço prestado pela credenciada ao CIM EXPANDIDA SUL, observando que o não cumprimento desta alínea adiará o pagamento para fatura do seguinte mês ou até que se comprove que o serviço foi executado;

**b)** Somente após o CIM EXPANDIDA SUL, conferir o faturamento e realizar a solicitação da nota fiscal por e-mail, é que a credenciada poderá emiti-la;

**c)** O CIM EXPANDIDA SUL realizará o pagamento devido até o 10º dia útil do mês subseqüente a data entrega da fatura, podendo ocorrer atrasos de até 05 dias úteis.

d) Havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, a ausência de nota fiscal ou pendência na CND (Municipal, Estadual, Federal, Previdenciária e FGTS), o pagamento somente será efetuado após a correção de todas as pendências.

e) Divergências apuradas mesmo após a realização do pagamento deverão ser esclarecidas no prazo de 30 dias, sob pena de realização descontos de valores divergentes no pagamento da fatura seguinte em que ocorrer as constatações das divergências.

f) Fica vedada a emissão de duplicatas e ou boletos bancários de cobrança sobre os serviços prestados.

g) A credenciada se compromete a realizar a prestação de serviços nos valores definidos na tabela do CIM EXPANDIDA SUL.

h) Os preços dos serviços serão reajustados sempre na mesma data e na mesma proporção em que ocorre a modificação na tabela de valores e procedimentos do CIM EXPANDIDA SUL.

i) É vedada a transferência ou terceirização dos serviços compactuados a profissionais que participem ou não de mesma empresa, ficando a critério do CIM EXPANDIDA SUL, a convocação dos profissionais devidamente credenciados no processo de seleção.

j) Compete a empresa credenciada o envio de declaração de que o profissional executa serviço para a empresa, acompanhado do contrato de prestação de serviços ou vinculo empregatício.

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

Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

**ANEXO IV**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Declaro sob as penas da Lei, para fins do edital de Credenciamento nº 009/2018, que a empresa...................................................., não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a administração pública, nos termos do Inciso IV, art. n.º 87, da Lei n.º 8.666/93 e suas alterações, bem como, comunicarei qualquer fato ou evento superveniente a entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação quanto a capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e econômico- financeira.

................., ...... de ............................... de 2018.

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

Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

**ANEXO V**

**MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da empresa), inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Sr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ( ) (assinalar com "**X**" a ressalva acima, caso verdadeira)

..................................., ....... de ............................... de 2018.

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

Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

**ANEXO Vl**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL**

(Nome da empresa), com sede (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº.................................................. DECLARA ao CIM EXPANDIDA SUL, para fins de não incidência na fonte do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), a que se refere o art. 64 da Lei nº. 9.430, de 27 de dezembro de 1996, que é regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional, de que trata o art. 12 da Lei Complementar nº. 123, de 14 de dezembro de 2006, desde o dia ....../......../........

.........., ....... de ............................... de 2018.

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

Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

**ANEXO VIl**

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS (PLANTÕES DE ENFERMAGEM 12 HORAS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROFISSIONAL (NOME)**  | **DIA/SEMANA** | **DIURNO**  | **NOTURNO** |
|  | SEGUNDA |  |  |
|  | TERÇA |  |  |
|  | QUARTA |  |  |
|  | QUINTA |  |  |
|  | SEXTA |  |  |
|  | SABADO |  |  |
|  | DOMINGO |  |  |

**Obs: Documento preenchido por cada profissional, optando por plantõesdiurnos e noturnos ou até mesmo 24 horas.**

**Marcando um X na tabela acima**

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

Nome completo e assinatura

Tel/Cel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO VIIl**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADE DE HORÁRIO DE TRABALHO NO ÂMBITO DE QUALQUER DOS PODERES DA UNIÃO, DOS ESTADOS FEDERADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e COREN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. DECLARO para todos os fins de Direito, não me encontrar inserido nas vedações constitucionais e legais sobre o acúmulo ilegal de cargos, empregos e funções públicas, sobretudo aquelas diccionadas nas regras do inciso XVI e XVII, do Art. 37, da Constituição Federal. Declaro, ainda, que existe compatibilidade de horário entre as minhas atividades profissionais externas no âmbito de qualquer dos Poderes da União, dos Estados Federados, do Distrito Federal e dos Municípios com aquelas exercidas no CIM EXPANDIDA SUL em locais de trabalho dias da semana e horários.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, estando ciente, desde agora, de que, no caso de falsidade desta Declaração, ficarei sujeito ao descredenciamento imediato.

................., ...... de ............................... de 2018.

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

Nome completo e assinatura