**ANEXO III**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição objetivando a prestação de serviços de saúde por meio do **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2025.**

**DADOS DA PESSOA JURÍDICA**

**RAZÃO SOCIAL:**

**CNPJ:**

**CNES:**

**ENDEREÇO:**

**MUNICÍPIO: UF: CEP:**

**CELULAR: ( )**

**FIXO: ( )**

**E-MAIL:**

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG: CPF:**

**ENDEREÇO:**

**MUNICÍPIO: UF: CEP:**

**CELULAR: ( ) FIXO: ( )**

**DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**NOME:**

**RG: CPF:**

**ENDEREÇO:**

**MUNICÍPIO: UF: CEP:**

**Nº ÓRGÃO DE CLASSE:**

**CELULAR: ( ) FIXO: ( )**

**DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA**

**\*OBRIGATÓRIO SER CORRESPONDENTES A PESSOA JURÍDICA REQUERENTE\***

**NOME DO BANCO:**

**Nº BANCO:**

**Nº AGÊNCIA:**

**Nº CONTA:**

**DADOS DO ESCRITORIO/CONTADOR RESPONSÁVEL PELA NFe**

**\*PREENCHER APENAS QUANDO HOUVER\***

**RESPONSÁVEL:**

**E-MAIL SOLICITAÇÃO DE NFe:**

**CELULAR: ( ) FIXO: ( )**

**DADOS DO(S) PRESTADOR(ES) DE SERVIÇOS**

**NOME:**

**ESPECIALIDADE:**

**RG: CPF:**

**Nº ÓRGÃO DE CLASSE: CONTATO: ( )**

**END. RUA: Nº:**

**BAIRRO: CIDADE: UF:**

**NOME:**

**ESPECIALIDADE:**

**RG: CPF:**

**Nº ÓRGÃO DE CLASSE: CONTATO: ( )**

**END. RUA: Nº:**

**BAIRRO: CIDADE: UF:**

**PROCEDIMENTOS REQUERIDOS**

**A RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS ESTÁ DISPONÍVEL NA PLATAFORMA DE GESTÃO EM SAÚDE, OS QUAIS FORAM VINCULADOS AOS PROFISSIONAIS SUPRA CITADOS.**

Declaro ter ciência e estar de acordo com os termos constantes no Edital de Chamamento Público nº 01/2025 e seus anexos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE** **DISPENSA DE APRESENTAÇÃO DE CNES**

**E ALVARÁS DE FUNCIONAMENTO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na qualidade de proponente do procedimento auxiliar de credenciamento, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, **DECLARO** sob as penas da Lei que a **prestação de serviços** será realizada **EXCLUSIVAMENTE** em unidades de saúde dos municípios consorciados, sendo dispensada a apresentação do **CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** referente a empresa supracitada e seus prestadores de serviços, ficando a cargo da unidade de origem dos atendimentos e também a isenção dos **ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO e VIGILÂNCIA SANITÁRIA.**

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG**:

**CPF**:

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE CIENCIA E CONCORDANCIA REPRESENTANTE LEGAL**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,portador do CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e RG de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_,na qualidade de proponente do procedimento auxiliar de credenciamento, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, **DECLARA** que:

1. Está ciente e concorda com as condições contidas no Edital e seus Anexos, bem como que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas, nem sofremos as penalidades previstas no A*rt. 156 da Lei nº 14.133/2021;*
2. Não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos quatorze anos, de acordo com *Inciso XXXIII, do Art.7º, da CF de 1988;*
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. **Não possui vínculo de direção, chefia, assessoramento no serviço público direto e indireto** e nem perante Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, bem como **cargo eletivo** com quaisquer um dos municípios consorciados Albertina, Araras, Conchal, Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, e **tampouco direção junto ao Sistema SUS**.
5. Atende aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente, conforme estabelece a legislação vigente;
6. Possui a qualificação e capacidade necessárias para a execução de serviços ora solicitados e se compromete com o cumprimento dos termos deste Edital, em estrita observância às boas práticas e à qualidade do serviço público prestado, sob as penas da Lei.
7. Está ciente e consente com a divulgação dos dados, nos termos da Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, em virtude da indispensabilidade da divulgação dos dados constantes nos documentos de habilitação previstos no *Inciso VI, art. 7º da Lei 12.527/2011.*
8. Será de uso intransferível e pessoal o login e senha disponibilizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril” para recepção das guias de atendimento no sistema de gestão de saúde;
9. E ainda 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.*

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE NÃO OCUPAÇÃO DE CARGO DE DIREÇÃO, CHEFIA E ASSESSORAMENTO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,com órgão de classe \_\_\_\_\_\_\_\_ de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,domiciliado à Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Contato (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **RESPONSÁVEL TÉCNICO** da pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita sob CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO**, para os devidos fins legais e jurídicos, nos termos do *Art. nº 299 do Código Penal,* que **não possuo vínculo de direção, chefia, assessoramento no serviço público direto e indireto** e nem perante Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”,bem como **não possuo cargo eletivo** com quaisquer um dos municípios consorciados Albertina, Araras, Conchal, Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, e tampouco **direção junto ao Sistema SUS.**

Declaro ainda que qualquer alteração do quadro acima será imediatamente comunicada ao Setor de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, acompanhada de respectiva solicitação de Descredenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PRESTADOR DE SERVIÇOS**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu **representante legal**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e seu **responsável técnico**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no órgão de classe \_\_\_\_\_\_\_\_ de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, **ATESTA** que o profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, já **qualificado em ANEXO II**, foi orientado, está ciente e concorda que:

1. Detéma qualificação e capacidade necessárias para a execução de serviços ora solicitado, e é responsável pelas boas práticas e qualidade do serviço prestado, sob as penas da Lei;
2. **Não possui vínculo de direção, chefia, assessoramento no serviço público direto e indireto** e nem perante Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”,bem como **não possuo cargo eletivo** com quaisquer um dos municípios consorciados Albertina, Araras, Conchal, Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, e tampouco **direção junto ao Sistema SUS.**
3. O uso adequado do software/aplicativo de controle de hora prestada, através do sistema de geoprocessamento/geolocalização de dados, havendo compreendido que, só serão considerados para faturamento de Notas Fiscais os registros do controle devidamente realizados e registrados. E ainda que faz parte das suas obrigações como contratado deste Consórcio, conforme consta em edital, a utilização correta do software/aplicativo.
4. É responsável por qualquer alteração do quadro acima e deve ser comunicar imediatamente ao Setor de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, acompanhada de respectiva solicitação de Descredenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

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

**ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**NOME:**

**CPF:**

**ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:**

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

**ASSINATURA PROFISSIONAL**

**NOME:**

**CPF:**

**ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:**

**ANEXO VIII**

**REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO SIMPLIFICADA**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu **representante legal**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e seu **responsável técnico**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no órgão de classe \_\_\_\_\_\_\_\_ de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, requer sua **HABILITAÇÃO SIMPLIFICADA** através **do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2025,** considerando que mantem contrato vigente para a prestação de serviços de saúde referentes ao **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2024.** Para tanto, **RATIFICA** que:

1. Está ciente e concorda com as condições contidas no Edital e seus Anexos, bem como que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas, nem sofremos as penalidades previstas no A*rt. 156 da Lei nº 14.133/2021;*
2. Não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos quatorze anos, de acordo com *Inciso XXXIII, do Art.7º, da CF de 1988;*
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. Tanto seu Representante Legal, quanto seu Responsável Técnico, **não possuem vínculo de direção, chefia, assessoramento no serviço público direto e indireto** e nem perante Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, bem como **cargo eletivo** com quaisquer um dos municípios consorciados Albertina, Araras, Conchal, Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, e **tampouco direção junto ao Sistema SUS**.
5. Atende aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente, conforme estabelece a legislação vigente;
6. Possui a qualificação e capacidade necessárias para a execução de serviços ora solicitados e se compromete com o cumprimento dos termos deste Edital, em estrita observância às boas práticas e à qualidade do serviço público prestado, sob as penas da Lei.
7. Está ciente e consente com a divulgação dos dados, nos termos da Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, em virtude da

indispensabilidade da divulgação dos dados constantes nos documentos de habilitação previstos no *Inciso VI, art. 7º da Lei 12.527/2011.*

1. Será de uso intransferível e pessoal o login e senha disponibilizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril” para recepção das guias de atendimento no sistema de gestão de saúde;
2. 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.*
3. Os procedimentos a serem realizados foram devidamente vinculados aos profissionais abaixo através da plataforma de gestão em saúde.
4. Os profissionais abaixo relacionados estão à disposição dos municípios e já foram habilitados no edital anterior por meio da plataforma de gestão em saúde:



Declaro ter ciência e estar de acordo com os termos constantes no Edital de Chamamento Público nº 01/2025 e seus anexos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

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

**ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**NOME:**

**CPF:**

**ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:**

**ANEXO IX**

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu **representante legal**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e seu **responsável técnico**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no órgão de classe \_\_\_\_\_\_\_\_ de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo ciência que são responsáveis pelas boas práticas e qualidade do serviço prestado, sob as penas da Lei, requer a **INCLUSÃO** dos procedimentos abaixo relacionados, os quais já foram vinculados aos profissionais através da plataforma de gestão de saúde:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **PROCEDIMENTO** | **VALOR** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

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

**ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**NOME:**

**CPF:**

**ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:**

**ANEXO X**

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu **representante legal**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e seu **responsável técnico**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no órgão de classe \_\_\_\_\_\_\_\_ de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, requer a inclusão do profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com órgão de classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado à Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Contato (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no rol de **PRESTADORES DE SERVIÇOS** da empresa.

Para tanto, todos **DECLARAM** que o **PROFISSIONAL**:

1. Detéma qualificação e capacidade necessárias para a execução de serviços ora solicitado, e é responsável pelas boas práticas e qualidade do serviço prestado, sob as penas da Lei;
2. **Não possui vínculo de direção, chefia, assessoramento no serviço público direto e indireto** e nem perante Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”,bem como **não possuo cargo eletivo** com quaisquer um dos municípios consorciados Albertina, Araras, Conchal, Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, e tampouco **direção junto ao Sistema SUS.**
3. Está ciente sobre o uso adequado do software/aplicativo de controle de hora prestada, através do sistema de geoprocessamento/geolocalização de dados, havendo compreendido que, só serão considerados para faturamento de Notas Fiscais os registros do controle devidamente realizados e registrados. E ainda que faz parte das suas obrigações como contratado deste Consórcio, conforme consta em edital, a utilização correta do software/aplicativo.
4. É responsável por qualquer alteração do quadro acima e deve ser comunicar imediatamente ao Setor de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, acompanhada de respectiva solicitação de Descredenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

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

**ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**NOME:**

**CPF:**

**ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:**

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

**ASSINATURA PROFISSIONAL**

**NOME:**

**CPF:**

**ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:**

**ANEXO XI**

**REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu **representante legal**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, requer a **EXCLUSÃO** dos procedimentos abaixo, pelos motivos de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO** | **PROCEDIMENTO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

**ANEXO XII**

**REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e seu responsável técnico, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no órgão de classe \_\_\_\_\_\_\_\_ de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, **requer** a **EXCLUSÃO** do profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no rol de prestadores de serviços, pelo motivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

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

**ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**NOME:**

**CPF:**

**ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:**

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

**ASSINATURA PROFISSIONAL**

**NOME:**

**CPF:**

**ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:**

**ANEXO XIII**

**REQUERIMENTO DE DESCREDENCIAMENTO DA PESSOA JURÍDICA**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **REQUER** o seu **DESCREDENCIAMENTO**, pelo motivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro estar ciente do cumprimento de prazos estabelecidos no Contrato de Prestação de Serviços celebrado entre a empresa e o Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril” em Clausula XX :

*§ 2º - Em caso de Rescisão Contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 60 (sessenta) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo a CONTRATADA negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.*

*§ 4º - O profissional credenciado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado e justificado mediante ANEXO XII a intenção no descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias e ainda observando o contido no § 2º desta cláusula*

Além dos **Itens 14.2. e 14.3.** do Edital de Chamamento Público nº 01/2025:

*“14.2. O Credenciado poderá requerer o descredenciamento a qualquer tempo, com comunicação prévia de 30 (trinta) dias, mediante o preenchimento do Anexo XII – REQUERIMENTO DE DESCREDENCIAMENTO.*

*14.3. Em caso de solicitação de descredenciamento, ou na hipótese de suspensão contratual, deverá o Credenciado, cumprir a escala e consultas devidamente agendadas, até o prazo informado no item 14.2. “*

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

**ANEXO XIV**

**CARTILHA DEMONSTRATIVA DE FOTO DE IDENTIFICAÇÃO**

Esta cartilha tem por finalidade demonstrar boas práticas que facilitam o cadastramento correto da face de um usuário por meio de uma webcam, celular ou câmera fotográfica. **Não é necessário o preenchimento ou assinatura da mesma**.

Uma foto de boa qualidade sob o ponto de vista do algoritmo de identificação facial, deve seguir as seguintes recomendações:

* + - 1. **ANGULO**:

A foto deve ser tirada de uma distância aproximada de 60 cm do equipamento que irá cadastrar a face. O rosto deve estar centralizado no quadro e olhando diretamente para a câmera. Uma foto tirada em um ângulo diferente pode dificultar a identificação.

* + - 1. **DISTÂNCIA DA CÂMERA:**

A pessoa deve estar ao menos a 60cm do dispositivo de captura e no máximo a 1,5m de distância dependendo de parâmetros como zoom. É importante que a imagem seja capturada sem nenhuma distorção.

* + - 1. **LUMINOSIDADE:**

A foto não deve ser tirada em ambientes com pontos muito claros presentes na imagem (luzes fortes, sol, etc.) ou em um ambiente com baixa luminosidade. O rosto deve ser iluminado de forma uniforme, não sendo recomendadas fotos tiradas em ambientes no qual a iluminação não é uniforme.

* + - 1. **FUNDO:**

A foto deve ter fundo branco ou fundos neutros, não sendo recomendado fundos com muitas cores complexas

* + - 1. **EFEITOS, FILTROS E MAQUIAGEM:**

A utilização de qualquer efeito ou filtro não é permitida e degradará significativamente a identificação facial. O uso de maquiagem em grande quantidade também impossibilitará uma identificação rápida e precisa.

* + - 1. **RESOLUÇÃO:**

O rosto deve ocupar ao menos 160 pixels de orelha a orelha e a imagem não pode ser redimensionada e/ou ter sua razão de aspecto alterada. O rosto precisa possuir uma borda de no mínimo 10% de sua largura de orelha a orelha em todas as dimensões (por exemplo, um rosto de 200 pixels precisa ter ao menos 20 pixels de folga em todas as dimensões). O tamanho máximo para o rosto (de orelha a orelha) é de 1000 pixels e a imagem como um todo não pode possuir mais de 2.073.600 pixels (serão aceitas imagens com tamanho mínimo de 160x160 pixels até o produto entre as dimensões 1920 x 1080 - 2.073.600 pixels.

* + - 1. **FORMATO:**

O formato ideal é PNG, mas são aceitos rostos em JPG também. Caso seja utilizado JPG, é importante que o fator de qualidade seja **superior a 95** para preservar as características importantes do rosto.

* + - 1. **QUANTIDADE DE ROSTOS PRESENTES:**

É fundamental que só haja um rosto presente na foto.

* + - 1. **ÓCULOS E ACESSÓRIOS:**

A pessoa não deve usar máscara, boné, capacete, óculos de sol ou qualquer outro objeto na cabeça. Óculos de grau são permitidos desde que não haja nenhum reflexo nas lentes (os olhos sejam perfeitamente visíveis).

**EXEMPLOS DE FOTOS CORRETAS:**



**EXEMPLOS DE FOTOS INCORRETAS:**

* + - 1. **DISTANCIA E CENTRALIZAÇÃO:**

****



* + - 1. **ANGULOS:**



* + - 1. **LUMINOSIDADE:**



* + - 1. **EFEITOS DE FUNDO:**



* + - 1. **FILTROS:**



* + - 1. **QUALIDADE DA IMAGEM:**



* + - 1. **EXPRESSÕES FACIAIS:**



* + - 1. **ACESSÓRIOS:**

