**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 02/2025.**

**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:**

**ÓRGÃO DE CLASSE: Nº:**

**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:**

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

**DADOS DO(S) VEICULO(S)**

**MARCA/MODELO:**

**COR: PLACA:**

**ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO:**

**Nº RENAVAM:**

**\*EM CASO DE SER MAIS QUE UM VEÍCULO, FAVOR MENCIONAR ABAIXO\***

**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 02/2025 e seus anexos.

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

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

**ANEXO IV**

**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 02/2025.

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 02/2025, 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, Mogi Mirim, Monte Mor e Sumaré, 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. É de sua responsabilidade toda a realização de manutenção periódica dos veículos utilizados na prestação do serviço, garantindo que o veículo está em condições adequadas de segurança, funcionamento e cumprimento das normas de trânsito exigidas pela legislação vigente.
9. Os equipamentos pertencentes aos veículos (quando houver) estão em perfeitas condições de funcionamento, atendendo as normas técnicas e de segurança aplicáveis, além das contidas no Edital. Igualmente as manutenções preventivas e corretivas necessárias, de forma a garantir a continuidade e qualidade dos serviços.
10. 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;
11. Expressa ainda, 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.*

Ainda nesse momento, **OBRIGA-SE** a:

1. Realizar manutenções preventivas e corretivas periódicas nos veículos, abrangendo sistemas mecânicos, elétricos, de freios, suspensão, pneus, iluminação, entre outros itens que comprometam a segurança e o desempenho da ambulância;
2. Manter atualizados e disponíveis os registros das manutenções realizadas, os quais poderão ser solicitados a qualquer momento para fins de fiscalização e controle;
3. Garantir que os veículos estejam em conformidade com as normas da ANVISA, do CONTRAN, do DETRAN e demais órgãos reguladores, especialmente no que se refere à segurança veicular, higienização, e adequação para transporte de pacientes;
4. Impedir a circulação de veículos com falhas mecânicas ou estruturais que possam colocar em risco a integridade de pacientes, profissionais ou terceiros, responsabilizando-se por eventuais danos ou prejuízos decorrentes do descumprimento desta cláusula;
5. Providenciar, de imediato, a substituição da ambulância que apresentar qualquer problema que comprometa sua operação segura, sem prejuízo à continuidade do serviço contratado.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

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

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 02/2025.

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, Mogi Mirim, Monte Mor e Sumaré, e tampouco **direção junto ao Sistema SUS.**

Ainda se **RESPONSABILIZA** por:

1. Responder tecnicamente por todos os equipamentos embarcados nas ambulâncias, incluindo, mas não se limitando a: oxímetros, desfibriladores, cilindros de oxigênio, aspiradores, macas, materiais de imobilização, kits de primeiros socorros e qualquer outro dispositivo médico-hospitalar utilizado nos atendimentos;
2. Garantir que todos os equipamentos estejam em perfeitas condições de uso, calibrados, higienizados e em conformidade com as normas da ANVISA, do Ministério da Saúde e demais órgãos reguladores;
3. Zelar pela qualidade, segurança e legalidade dos serviços assistenciais prestados no interior das ambulâncias, assegurando que os atendimentos aos pacientes estejam de acordo com os protocolos técnicos, sanitários e éticos vigentes**;**
4. Supervisionar a equipe de profissionais atuantes nas ambulâncias, assegurando que todos estejam habilitados, capacitados e devidamente registrados nos seus conselhos de classe;
5. Manter atualizados os registros de manutenção de equipamentos, controle de estoque de insumos, e fichas de atendimento pré-hospitalar, deixando-os disponíveis para fiscalização sempre que necessário;
6. Comunicar à empresa qualquer não conformidade identificada nos veículos, equipamentos ou na conduta das equipes, e tomar as providências corretivas de forma imediata.

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 VI**

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

**E ALVARÁ DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 02/2025.

A pessoa jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e responsável técnico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, através do Edital de Chamamento Público Nº 02/2025, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, **DECLARO** sob as penas da Lei que o veículo abaixo qualificado será utilizado **EXCLUSIVAMENTE** para remoções simples e de caráter eletivo, sendo dispensada a apresentação do **CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** e também a isenção do **ALVARÁ DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.**

**Nº RENAVAM:**

**MARCA/MODELO:**

**PLACA:**

**COR:**

**ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO:**

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

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

(cidade) (dia) (mês)

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

**ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**

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

**ASSINATURA RESPOSÁVEL TÉCNICO**

**NOME:**

**RG:**

**CPF:**