# ANEXO II – MODELOS DE REQUERIMENTOS E DECLARAÇÕES REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

***Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde*** Paraná Centro Oeste-

### Laranjeiras do Sul – PR Setor de Licitações e Planejamento.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **Credenciamento de pessoas jurídicas para a realização de consultas de especialidades, exames clínicos/imagem, exames laboratoriais, procedimentos, biópsias, terapias e serviços complementares especializados** Nº 001/2025 divulgado pela ASSISCOP, nos termos do presente Edital e seus anexos:

Razão Social: CNPJ:

Telefone Pessoal: Telefone Comercial: E-mail: Endereço Bairro CEP: Cidade: Estado: Insc. Estadual: Inscr. Municipal Dados bancários (PESSOA JURÍDICA) Banco: Ag: Conta Corrente n. º

Nome do Profissional que executará os serviços: N° do conselho da categoria do profissional:

## Procedimentos/Exames/Consultas (relacionar de acordo com os

## itens e descrição do Edital)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código** | **Descrição** | **Valor** |
|  |  |  |
|  |  |  |

(Cidade)/Estado, (dia) de (mês) de (ano).

(Assinatura do representante legal e/ou procurador da empresa)

**DECLARAÇÃO DE CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

**A empresa** inscrita no CNPJ sob o n° , por intermédio de seu representante legal , declara para os fins de participação no Chamamento Público – N. º 001/2025 da ASSISCOP que:

1. Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ASSISCOP e de que o requerimento apresentado 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 neste 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. Se for o caso, que 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. Que não possui nenhum impeditivo vigente para participar do presente credenciamento, nos termos do art. 14 da Lei nº 14.133, de 2021.
6. Na execução do objeto contratado, a Contratada se responsabiliza pelo uso regular de dados de pacientes para uso exclusivo das finalidades do CIS, sob pena de sofrer as sanções legais.
7. Declaro serem autênticos os documentos apresentados para fim de habilitação. Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

**DECLARAÇÃO DE EMPREGO**

Eu, (Nome do (a) profissional) apresento essa declaração de emprego, cargos ou funções, remuneradas sob qualquer forma, ou serviços federais, estaduais, municipais, paraestatais, sociedades de economia mista, forças armadas, entidades privadas, etc.

1. **Nome das entidades empregadoras:** (empresas onde o profissional trabalha). A) b)

c)

1. **Natureza das atividades que exerce:** (funções desempenhadas nas empresas citadas nos itens acima).

a)

b)

c)

1. **Dias e horários ou compromissos de trabalho:** (horário de trabalho nas empresas citadas nos itens acima).

a)

b)

c)

1. **Locais de trabalho:** (local de trabalho nas empresas citadas nos itens acima). A) b)

c)

Declaro não exercer nenhum emprego, cargo ou função, além dos acima enumerados, bem

como aceitar as normas vigentes como locador de serviços.

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

*\*Obs. Os horários em que serão realizados os atendimentos para a ASSISCOP não devem ser relacionados nos itens acima, pois já se encontra no requerimento. Anexo II*

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE PROFISSIONAL**

**RAZÃO SOCIAL: CNPJ:**

**ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE/E-MAIL:**

**A empresa** , inscrita no CNPJ sob o n° , por seu representante legal , requer a ( ) inclusão ( ) exclusão do profissional , CRM/CRF/CREFITO para prestação de serviços de

nos termos do Chamamento Público N° 001/2025.

Por ser expressão da verdade, firmo à presente.

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

\*Obs: Para inclusão de profissional encaminhar documentos do profissional que irá ser credenciado de acordo com itens deste edital de credenciamento.

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE EXAMES LABORATORIAIS**

Tabelas ASSISCOP – Anexo III

**RAZÃO SOCIAL: CNPJ:**

**ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE/E-MAIL:**

**RAZÃO SOCIAL** , inscrita no CNPJ sob o n° , por seu representante legal , requer a inclusão/exclusão dos exames a seguir, nos termos do Chamamento Público – Edital de Credenciamento N° 001/2025.

**( ) INCLUSÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Descrição** | **Valor** | **Qtde Mensal** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**( ) EXCLUSÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código** | **Descrição** | **Valor** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Por ser expressão da verdade, firmo à presente.

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS DEMAIS EXAMES E PROCEDIMENTOS**

Tabelas ASSISCOP – Anexo III

**RAZÃO SOCIAL: CNPJ:**

**ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE/E-MAIL:**

**RAZÃO SOCIAL** , inscrita no CNPJ sob o n° , por seu representante legal , requer a inclusão/exclusão dos exames/procedimentos a seguir, nos termos do Chamamento Público N° 001/2025.

**( ) INCLUSÃO**

**LOCAL DE ATENDIMENTO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Descrição** | **Profissional** | **Valor**  **unitário** | **Qtde Mensal** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**( ) EXCLUSÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Descrição** | **Profissional** | **Valor unitário** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*Obs: Caso o profissional citado acima não esteja vinculado ao contrato, encaminhar os documentos do executante de acordo com itens deste edital de credenciamento (DO PROFISSIONAL QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS), bem como o Termo de Inclusão de*

*Profissional.*

Por ser expressão da verdade, firmo à presente.

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

**REQUERIMENTO DE DEMAIS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS**

**A empresa** , inscrita no CNPJ sob o n° , por seu representante legal , requer a alteração do Contrato de Prestação de Serviços nº / (ano), objetivando as seguintes alterações conforme abaixo nos termos do Chamamento Público – Nº 001/2025.

( ) Contrato Social *(alteração de razão social, nome fantasia, responsável legal/administrador da empresa/Responsável Técnico)*

( ) Endereço, telefone

( ) Suspensão de serviços

( ) Alteração do Contrato Social (

) Alteração da Conta bancária ( ) Outros

COMPLEMENTAR:

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA AOS TERMOS DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS**

**– LGPD AO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE PARANÁ CENTRO OESTE – ASSISCOP**

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

RESPONSÁVEL TELEFONE DE CONTATO:

Ao aderir ao certame e celebrar Contrato Administrativo com a ASSISCOP, declaro-me ciente de que, por exigência dos órgãos de controle externo, da Lei nº 12.527/2018 – Lei de Acesso à Informação e o Contrato e seus anexos serão disponibilizados no Portal de Transparência da ASSISCOP, que realiza o tratamento de dados pessoais pertinentes à qualificação jurídica, econômico-financeira, tributária e técnica do Contratado, para uso exclusivo às finalidades legais e institucionais consorciais, conforme disposto na Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e no Decreto nº 10.046/2019.

Declaro, de forma expressa, que estou ciente de que, foi-me dada a possibilidade de indicar dados sensíveis de pessoas naturais indicadas nos referidos documentos, parte integrante deste processo de contratação, a se submeterem ao processo de anonimização, por meios técnicos e disponíveis a ASSISCOP.

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

**TERMO DE RESPONSABILIDADE – LOGIN E SENHA**

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

RESPONSÁVEL TELEFONE DE CONTATO:

Ao aderir ao certame e celebrar Contrato Administrativo com ASSISCOP, declaro-me ciente, para os devidos fins, que será de uso intransferível o login e senha disponibilizado pela ASSICOP ao profissional que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes.

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

**REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**

EU,

,

PORTADOR / A DO RG Nº EXPEDIDO POR

EM / / E CPF / CNPJ , PROFISSÃO devidamente credenciado na ASSISCOP, indico conta para receber o pagamento dos atendimentos efetuados DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO ESPECIFICADA:

**CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE BANCO DO BRASIL**

Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR

Nº CONTA-CORRENTE

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador

**DECLARAÇÃO DE NÃO PARENTESCO**

(Nome da Empresa), CNPJ/MF Nº, sediada, (Endereço Completo) Declaro(amos) para todos os fins de direito, especificamente para participação de licitação na modalidade de **Credenciamento**, 001/2025 que não possuímos em nosso quadro Societário da empresa, pessoas ligados ao Prefeito, Vice Prefeito, Secretários Municipais e ou demais autoridades do ente contratante, por matrimonio ou parentesco, afim ou consangüíneo, até o terceiro grau, ou por adoção, bem como também não possua em seu quadro social, nenhum servidor do município, bem como não tenha sócios ou dirigentes, em linha reta ou colateral, consangüíneo ou afim, de servidor em cargo efetivo ou em comissão da entidade licitante. Orientações Prejulgado nº 09 do TCE PR, Súmula, 13 do STF, combinado com as disposições da 14.133 de 1º de abril de 2021.

Cidade/Estado, de de .

Assinatura do representante legal da empresa e/ou Procurador