**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 1 – Requerimento de Credenciamento

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISOP,** solicitoCREDENCIAMENTO em:

( ) CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS (ESPECIALIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

( ) EXAMES

( ) ATENDIMENTOS PROFISIONAIS NÍVEL SUPERIOR (EXCETO MÉDICO)

( ) PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS

( ) CIRURGIAS DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE

objetivando a prestação de serviços, nos termos do CHAMAMENTO PÚBLICO nº 01/2024.

Razão Social: CNPJ:

Nome de Fantasia:

Endereço Comercial:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone:

E-mail:

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

CNES/MS do Estabelecimento:

CNS/MS dos Profissionais:

Representante Legal:

CPF: RG: Expedida por:

Endereço:

Cidade: Bairro: CEP:

Responsável Técnico:

(CONSELHO DE CLASSE): RG: CPF:

**CISOP – AMBULATÓRIO AME, UNIDADES DESCENTRALIZADAS, CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS**

(RELACIONAR ITENS DE ACORDO COM TABELA VIGENTE DO CISOP)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **ITEM** | **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO** | **VALOR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CISOP – CIRÚRGICO**

(RELACIONAR ITENS DE ACORDO COM TABELA VIGENTE DO CISOP)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **ITEM** | **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO** | **VALOR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CISOP – QUALICIS**

(RELACIONAR ITENS DE ACORDO COM TABELA VIGENTE DO CISOP)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **ITEM** | **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO** | **VALOR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Para todos os fins de direito, declaramos que:

1. Estamos cientes e concordamos com as condições estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 01/2024, inclusive quanto à forma de atendimento e tabela de preços.

2. Comprometemo-nos fornecer ao CISOP quaisquer informações ou documentos solicitados referentes aos serviços prestados aos seus beneficiários.

3. Temos o conhecimento de que nos é vedado cobrar honorários, a qualquer título, direta ou indiretamente dos beneficiários, pelos serviços prestados.

4. Informaremos, de imediato, toda e qualquer alteração que venha a ocorrer em nossos dados cadastrais.

5. A prestação dos serviços a que nos propomos não implicará em qualquer vinculação empregatícia com o CISOP, não podendo, portanto, pretender ou exigir vantagens daí decorrentes. Para a análise e decisão sobre o referido credenciamento, anexamos cópia da documentação exigida no Chamamento acima citado.

6. Declaramos que possuímos condições de cumprir as exigências mínimas, para realização dos serviços a serem prestados, no que se refere aos recursos tecnológicos, uso de microcomputadores em ambiente Windows com acesso internet.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**(Nome do representante legal da empresa solicitante)**

**(Assinatura do representante legal da empresa solicitante)**

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

**(Nome do médico responsável técnico da empresa solicitante)**

**(Assinatura do médico responsável técnico com carimbo)**

**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 2 – Declaração de Opção de Atendimento

**DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE ATENDIMENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(RAZÃO SOCIAL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, declara para os devidos fins de participação no Processo de Chamamento Público - Edital de Credenciamento n° 01/2024 do CISOP, que OPTA por prestar serviços:

( ) Diretamente no Ambulatório Médico de Especialidade – **AME/CISOP**

( ) Clínica/Empresa Privada, devidamente aprovada pelo CISOP

( ) Nas unidades descentralizadas do CISOP (Municípios Consorciados)

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Nome Representante Legal da empresa e/ou procurador
Assinatura Representante Legal da empresa e/ou procurador**

**OBS: Para a realização de atendimentos nas unidades descentralizadas e nos Ambulatórios de Especialidades – AME, o proponente deve ajustar previamente com a Coordenação Técnica e com a Central de Agendamento de Regulação do CISOP.**

**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 3 – Declarações de Condição de Participação

**CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(RAZÃO SOCIAL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, declara para o fim de participação no Chamamento Público - Edital de Credenciamento n° 01/2024 do CISOP, que:

a) Não se enquadra nas vedações dispostas no art. 14 da Lei nº 14.133/21, bem como nos §1º e §2º do art. 9º desta mesma lei.

b) A partir data do protocolo dos documentos para este credenciamento, não está impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta.

c) Não está declarada inidônea junto a qualquer órgão ou entidade da Administração direta ou indireta no âmbito federal, estadual e municipal.

d) Não está suspensa de participação em licitação ou impedida de contratar com qualquer um dos Municípios consorciados ao CISOP, e que não atua em substituição a outra pessoa jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada.

e) Não mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau.

f) Não é sociedade estrangeira não autorizada a funcionar no País.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Nome Representante Legal da empresa e/ou procurador
Assinatura Representante Legal da empresa e/ou procurador**

**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 4 – Dados Bancários – PESSOA JURÍDICA

**DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(RAZÃO SOCIAL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu representante legal, declara que possui conta conforme informações abaixo, para o recebimento dos valores referente à prestação de serviços na área de saúde, decorrentes do Chamamento Público - Edital de Credenciamento n° 01/2024.

|  |
| --- |
| **DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA (EMPRESA)** |
|  Nº do Banco: Banco: |
|  Agência: Conta-corrente: |

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Nome Representante Legal da empresa e/ou procurador
Assinatura Representante Legal da empresa e/ou procurador**

**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 5 – Termo de Compromisso – Prontuário Eletrônico (Exclusivo para atendimentos médicos)

**Termo de Compromisso**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(RAZÃO SOCIAL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em respeito à Resolução CFM nº 1821/2007 sobre o prontuário eletrônico, por seu responsável técnico, se compromete, ao preenchimento do prontuário eletrônico do sistema CISOP, nos atendimentos aos pacientes atendidos, bem como se necessário, impressão e assinatura em prontuário físico.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Nome Completo do RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**Assinatura do RESPONSÁVEL TÉCNICO**

(indicado no Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe, dentro do prazo de validade)

**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 6 – Termo de Responsabilidade – Login e Senha

**Termo de Responsabilidade**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(RAZÃO SOCIAL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por seu responsável técnico, declara para os devidos fins, que será de uso intransferível o login e senha disponibilizado pelo CISOP ao prestador que fará uso do sistema.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Nome Completo do RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**Assinatura do RESPONSÁVEL TÉCNICO**

 (indicado no Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe, dentro do prazo de validade)

**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 7 – Atendimento das Linhas Guia – MACC (Específico credenciamento QualiCIS)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(RAZÃO SOCIAL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob n º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sita à Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem à presença de Vossa Senhoria declarar que estará atendendo no Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC, conforme edital de credenciamento nº 01/20xx.

Ainda, comprometendo-se a realizar capacitações e vinculações nos municípios pertencentes à área de abrangência do CISOP.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Nome Completo do RESPONSÁVEL TÉCNICO**

**Assinatura do RESPONSÁVEL TÉCNICO**

(indicado no Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe, dentro do prazo de validade)

**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 8 – Termo de Declaração de Veracidade

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE VERACIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com endereço residencial situado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na qualidade de representante legal da empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO** para todos os fins de direito, e sob as penas da lei, que **as informações prestadas e os documentos apresentados em anexo são verdadeiros**, ciente de que a falsidade das informações prestadas ou dessa declaração pode configurar crime previsto no Código Penal Brasileiro¹, passível de apuração na forma da lei, além de possível responsabilização civil e administrativa.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Nome Representante Legal da empresa e/ou procurador
Assinatura Representante Legal da empresa e/ou procurador**

**1 Falsificação de documento particular**

Art. 298 - Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.

**Falsidade ideológica**

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.