**ANEXO I**

DADOS DA EMPRESA:

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ENDEREÇO COMPLETO:

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

CONTATO TELEFÔNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL:

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

CONTA BANCÁRIA DA EMPRESA:

BANCO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AGÊNCIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO II**

**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 BRASIL ou do Banco do Estado do Rio Grande do Sul – BANRISUL, pois no caso da conta ser em outro banco poderá ser descontado tarifa bancária;**

2) Os serviços estipulados neste termo de credenciamento serão pagos mediante as seguintes condições:

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

**a) relatório com a descrição dos serviços prestados e seus valores;**

**b) nota fiscal/danfe preenchida corretamente e sem rasuras. No caso de prestar serviços para mais de um município deverá ser emitida uma nota fiscal/danfe para cada município separadamente;**

**II – a CONTRATADA apresentará mensalmente ao CONTRATANTE, até o dia 2 (dois) de cada mês, ou no primeiro dia útil posterior, a documentação elencada no Inciso I, relativa aos serviços efetivamente prestados entre os dias 1° a 31° do mês anterior;**

**III – se a documentação descrita no inciso I for entregue fora do prazo estabelecido no inciso II o pagamento da CONTRATADA poderá ocorrer somente junto com o pagamento da próxima fatura. Neste caso, a CONTRATADA não terá direito ao recebimento de juros, multa ou atualizações financeiras sobre o valor da fatura;**

**IV – os documentos do faturamento que forem rejeitados pelo serviço de validação serão devolvidos à CONTRATADA para as correções cabíveis, e serão reapresentadas ao CISCAÍ, podendo este, a seu critério, retardar o pagamento para a próxima competência àquela em que ocorreu a devolução;**

V – as contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise do CONTRATANTE;

VI – somente serão pagos serviços previamente autorizados pelo município consorciado ou excepcionalmente pelo CONTRATANTE**, e que obedeçam aos requisitos elencados no inciso I ~~letra b~~;**

VII – **o pagamento será realizado por meio de depósito bancário na conta corrente indicada pelo prestador de serviços, que deverá estar em nome da CONTRATADA,** através de transferência eletrônica na conta corrente previamente informada;

VIII – os pagamentos serão realizados somente após o repasse dos municípios consorciados;

IX – após a identificação do pagamento pelo Setor Financeiro do CISCAÍ, o repasse será realizado em até 15 (quinze) dias úteis à CONTRATADA.

**§ 1.°** Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do CONTRATANTE, este garantirá à CONTRATADA o pagamento, no prazo avençado neste termo de credenciamento, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando o CONTRATANTE exonerado do pagamento de multas e sanções financeiras;

**§ 2.° A conta bancária informada preferencialmente deve ser do BANCO DO BRASIL ou do Banco do Estado do Rio Grande do Sul – BANRISUL, pois no caso da conta ser em outro banco poderá ser descontada tarifa bancária.**

**§ 3.° Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta de dotação orçamentária do CISCAÍ, cujos recursos serão provenientes dos municípios que utilizarem os serviços.**

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

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**

**ANEXO III**

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Declaro sob as penas da Lei, para fins do Edital n.º 1/2019, 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, de 1993 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 ..................

..........................................................

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

**ANEXO IV**

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

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. 7.° 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 ..................

..........................................................

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

**ANEXO V**

**Os serviços abaixo assinalados estão disponíveis aos entes do CISCAÍ, de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento e do Edital n.º 1/2019.**

**APÊNDICE II**

**SERVIÇOS DIVERSOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **SERVIÇO** | **VALOR** | **ASSINALE COM “X”** |
| AV000001 | Ambulância de suporte básico, composta por veículo + condutor + técnico de enfermagem, no período de segunda a sexta-feira das 19h às 7h e finais de semana e feriados, por 24h.Mês com 28 dias | R$ 20.160,00 |  |
| AV000002 | Ambulância de suporte básico, composta por veículo + condutor + técnico de enfermagem, no período de segunda a sexta-feira das 19h às 7h e finais de semana e feriados, por 24h.Mês com 29 dias | R$ 20.880,00 |  |
| AV000003 | Ambulância de suporte básico, composta por veículo + condutor + técnico de enfermagem, no período de segunda a sexta-feira das 19h às 7h e finais de semana e feriados, por 24h.Mês com 30 dias | R$ 21.600,00 |  |
| AV000004 | Ambulância de suporte básico, composta por veículo + condutor + técnico de enfermagem, no período de segunda a sexta-feira das 19h às 7h e finais de semana e feriados, por 24h.Mês com 31 dias | R$ 22.320,00 |  |
| AV000005 | Veículo leve de apoio de 7 lugares para suporte com condutor (veículo + condutor), de segunda a sexta-feira das 18h às 24h e finais de semana e feriados das 6 às 18h.Mês com 28 dias | R$ 8.400,00 |  |
| AV000006 | Veículo leve de apoio de 7 lugares para suporte com condutor (veículo + condutor), de segunda a sexta-feira das 18h às 24h e finais de semana e feriados das 6 às 18h.Mês com 29 dias | R$ 8.700,00 |  |
| AV000007 | Veículo leve de apoio de 7 lugares para suporte com condutor (veículo + condutor), de segunda a sexta-feira das 18h às 24h e finais de semana e feriados das 6 às 18h.Mês com 30 dias | R$ 9.000,00 |  |
| AV000008 | Veículo leve de apoio de 7 lugares para suporte com condutor (veículo + condutor), de segunda a sexta-feira das 18h às 24h e finais de semana e feriados das 6 às 18h.Mês com 31 dias | R$ 9.300,00 |  |

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

A empresa ..........................................................................declara que o responsável técnico é o Sr. (a) ................................, (profissão).................................., inscrito no (conselho profissional sob o n.º)................................... e os profissionais que realizarão os atendimentos serão os seguintes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Profissão | N.º de registro no Conselho profissional |
|  |  |  |

Em ..........de ............................... de ..................

..........................................................

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

**ANEXO VII**

MODELO DE DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL

**DECLARAÇÃO DE OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

(Nome da empresa), com sede (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº.................................................. DECLARA ao CISCAÍ, 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 ..................

......................................................,

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