**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 Contrato 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) autorização original emitida pelo município solicitante com carimbo e assinatura do responsável pela sua emissão e, no caso de autorização individual para paciente deverá conter também a sua assinatura ou do responsável;**

**c) 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;**

**d) no caso de prestação de serviços por hora, deverá ser apresentado um relatório dos serviços prestados conforme modelo do Anexo VIII;**

**II – a CREDENCIADA 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 CREDENCIADA poderá ocorrer somente junto com o pagamento da próxima fatura. Neste caso, a CREDENCIADA não terá direito ao recebimento de juros, multa ou atualizações financeiras sobre o valor da fatura;**

**IV – o pagamento está condicionado à validade e regularidade das Certidões Negativas de Débito Trabalhista, das Fazendas Federal, Estadual e Municipal e do Certificado de Regularidade do FGTS;**

**V – os documentos do faturamento que forem rejeitados pelo serviço de validação serão devolvidos à CREDENCIADA para as correções cabíveis, e serão reapresentadas na próxima competência àquela em que ocorreu a devolução;**

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

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

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

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

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

**§ 1.° As autorizações, mencionadas no inciso I, letra b, terão a validade de 180 (cento e oitenta) dias para pagamento, contados a partir da data de emissão pela Secretaria da Saúde responsável e dentro do ano da data de emissão.**

**§ 2.° Quando o serviço descrito nas autorizações,mencionadas no inciso I, letra b, não estiver de acordo com o serviço a ser realizado, a CREDENCIADA deverá entrar em contato com o município solicitante para a substituição da autorização, ou no caso de contraste ou biópsia deverá ser encaminhado uma explicação médica da necessidade de realização deste procedimento.**

**§ 3.°** Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do CONTRATANTE, este garantirá à CREDENCIADA o pagamento, no prazo avençado neste Contrato 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;

**§ 4.° 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.**

**§ 5.° Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta de dotação orçamentária do CISCAÍ, cujos recursos serão provenientes dos municípios da procedência do paciente.**

**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 1/2020, 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 Contrato de Credenciamento e do Edital n.º 1/2020.**

**APÊNDICE II**

**EXAMES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **SERVIÇO** | **VALOR** | **ASSINALE COM “X”** |
| CV00001 | **Teste quantitativo para detecção de Coronavírus – RT – PCR**Material: Swab orofaringe/nasofaringe. Transportar refrigerado. Enviar no mesmo dia ao laboratório.Condições: Coleta realizada pelos centros de saúde dos municípios. Obrigatório requisição médica. | 215,00 |  |
| CV00002 | **Sorologia para Covid-19 (IgG/IgM – Quimioluminescência Automatizada**Material: Sangue em tudo gel.Condições: Coleta realizada pelos centros de saúde dos municípios. Transportar refrigerado. Enviar no mesmo dia ao laboratório. | 245,00 |  |

**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