

ANEXO II - A**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E AFINS
EXERCÍCIO 2026 - CISI**

À comissão de Licitação de Contratação Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI:

O interessado abaixo qualificado requer sua **INSCRIÇÃO** no **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE**, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI.

RAZÃO SOCIAL	
CNPJ	
INSCRIÇÃO CNES	
ENDEREÇO COMERCIAL	
TELEFONES	
SÓCIO ADMINISTRADOR	

OBSERVAÇÃO: INFORMAR E-MAIL DO SÓCIO ADMINISTRADOR DA EMPRESA PARA ASSINATURA DIGITAL ELETRÔNICA. UMA VEZ ENVIADO O DOCUMENTO PARA ASSINATURA NO E-MAIL INFORMADO, O MESMO NÃO PODE SER ENCAMINHADO A OUTREM.

Email.: _____

DADOS DO PREPOSTO:

NOME	
R.G	
CPF	
ENDEREÇO COMERCIAL	
E-MAIL	
TELEFONE	

***O preposto** é a pessoa indicada para representar e/ou atuar em nome da empresa nas relações cotidianas e obrigacionais. Toda comunicação/notificação com esta pessoa será considerada como comunicação oficial para todos os fins de direito.

ANEXO II B

PESSOA INDICADA COMO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

O FATURAMENTO É REALIZADO ON LINE, PELO SISTEMA DE GESTÃO DE SAÚDE DO CISI.

NOME:

CPF:

DATA NASC.:

PESSOA INDICADA COMO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

PARA EMISSÃO DA NOTA FISCAL, AGUARDAR A SOLICITAÇÃO DO CISI, ATRAVÉS DO SETOR CONTÁBIL/FINANCEIRO.

NOME:

E-MAIL:

DADOS BANCÁRIOS:

A conta indicada abaixo servirá para o pagamento dos serviços executados, devendo ser no nome da empresa (**PESSOA JURÍDICA**), de preferência Banco do Brasil.

CHAVE PIX

OU

Nº E NOME DO
BANCO

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE
PJ

NOTAS IMPORTANTES

1. O FECHAMENTO MENSAL DA FATURA SERÁ PELO **FATURAMENTO ONLINE**, ENCERRANDO SEMPRE **DIA 20 DE CADA MÊS.** AS GUIAS DEVERÃO CHEGAR NO CISI, DEVIDAMENTE ASSINADAS PELOS PACIENTES, ATÉ O SEGUNDO DIA ÚTIL APÓS O DIA 20;
2. O PAGAMENTO ESTÁ CONDICIONADO A ENTREGA DAS GUIAS FATURADAS NA COMPETÊNCIA CORRESPONDENTE;
3. A PESSOA INDICADA COMO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO, RECEBERÁ LOGIN E SENHA PARA ACESSO AO SISTEMA DE GESTÃO DE SAÚDE DO CISI, ONDE DEVE PROCEDER O FATURAMENTO DAS GUIAS;
4. APRESENTAR DECLARAÇÃO COMUNICANDO SE A EMPRESA ESTÁ NO REGIME TRIBUTÁRIO "SIMPLES NACIONAL";
5. MANTER A REGULARIDADE DAS CERTIDÕES NEGATIVAS, ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO E LICENÇA SANITÁRIA EM PLENA VIGÊNCIA, SOB PENA DE SUSPENSÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

(local e data) _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do representante legal

ANEXO III

CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E AFINS – EXERCÍCIO 2026 - CISI
DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

AO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

OBS.: É NECESSÁRIO UM ANEXO PARA **CADA LOCAL** DE ATENDIMENTO E/OU **PARA CADA PROFISSIONAL**

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: _____

DADOS DO PROFISSIONAL QUE REALIZARÁ O ATENDIMENTO:

NOME COMPLETO	
TELEFONE PESSOAL	

DADOS LOCAL DO ATENDIMENTO:

RUA – NÚMERO - BAIRRO	
CIDADE – ESTADO - CEP	
TELEFONE COMERCIAL	

RELACIONAR AS CONSULTAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS:

CÓDIGO	NOME	VALOR

RELACIONAR A AGENDA DE ATENDIMENTOS:

DIA DA SEMANA	HORÁRIO	NÚMERO DE VAGAS	IDADE MÍNIMA

Declaro estar habilitado para prestar serviços na área de:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do profissional que executará o serviço

CREDENCIAMENTO SERVIÇOS DE SAÚDE E AFINS - EXERCÍCIO 2026 - CISI

DECLARAÇÃO CONJUNTA

DECLARAMOS PARA OS FINS DE DIREITO E SOB AS PENALIDADES DA LEI, QUE

1. **NÃO POSSUÍMOS** EM NOSSO QUADRO DE PESSOAL, EMPREGADOS MENORES DE DEZOITO EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE E MENORES DE DEZESSEIS ANOS EM QUALQUER TRABALHO, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ, A PARTIR DE QUATORZE ANOS CONFORME DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL;
2. **NÃO FOMOS DECLARADOS INIDÔNEOS PARA LICITAR OU CONTRATAR COM O PODER PÚBLICO**, EM QUALQUER DE SUAS ESFERAS;
3. **DAMOS CIÊNCIA** E CONCORDÂNCIA COM TODOS OS TERMOS DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO MÉDICO, E SEUS ANEXOS.
4. **NÃO POSSUIMOS PARENTESCO CONSANGUÍNEO** OU AFIM, ATÉ O TERCEIRO GRAU, COM MEMBROS,
5. SERVIDORES OU OCUPANTES DE CARGO DE DIREÇÃO E ASSESSORAMENTO NO ÂMBITO DO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU - CISI.
6. **TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS** NO ÂMBITO DO REFERIDO EDITAL, BEM COMO TODOS OS DOCUMENTOS APRESENTADOS, **SÃO VERDADEIROS E AUTÊNTICOS**.

POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO O PRESENTE.

(local e data) _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do sócio administrador ou responsável pela empresa

AUTODECLARAÇÃO

Lei 14.553, de 2023 – (os registros administrativos direcionados a órgãos e entidades da Administração Pública, a empregadores privados e a trabalhadores que lhes sejam subordinados conterão campos destinados a identificar o segmento étnico e racial a que pertence o trabalhador retratado no respectivo documento, com utilização do critério da autoclassificação em grupos previamente delimitados.).

Eu, _____, abaixo assinado,
_____(profissão), portador do R.G. nº _____ e do CPF
nº _____, DECLARO, sob as penas da lei, que sou:

() preto, () pardo, () branco, () amarelo, () indígena, () outras etnias,
estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, estarei sujeito às penalidades legais.

(local e data) _____, _____ de _____ de _____

Assinatura

ANEXO VI

CREDENCIAMENTO SERVIÇOS DE SAÚDE E AFINS – EXERCÍCIO 2026 - CISI

DECLARAÇÃO DE CORPO CLÍNICO

À

Comissão de Contratação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI:

(Razão Social) _____, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF _____, vem através desta, informar os nomes dos profissionais que compõem o quadro clínico da empresa para prestar serviços ao CISI, conforme enumerado abaixo:

NOME DO PROFISSIONAL	FUNÇÃO

(local e data) _____, _____ de _____ de _____
