



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

EDITAL Nº 03/21 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA ÁREA DA SAÚDE.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA – CISAP

01 – PREÂMBULO

01.01 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, por meio da Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, designada pela Portaria nº 01/21, de 09 de Junho de 2.021 e de conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, Lei Federal nº 8.080/90, Portaria nº 1.286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS INTERESSADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS DE NUTRICIONISTA AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, nos termos das condições estabelecidos no presente Edital.

02 – OBJETO

02.01 – Tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços profissionais de Nutricionista, que deverão ser realizados em instalações da Credenciada, ou em locais oferecidos pelos Municípios Consorciados.

03 – ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS

03.01 – promover programas de educação alimentar e nutricional considerando as necessidades específicas da clientela atendida; integrar equipe multiprofissional com participação plena na atenção prestada aos usuários; planejar, organizar, administrar e avaliar unidades de alimentação e nutrição; efetuar controle higiênico-sanitário; planejar, orientar e acompanhar o processo de aquisição, recepção, armazenagem, produção, distribuição e aceitabilidade da alimentação; manter atualizadas fichas técnicas de todas as preparações culinárias; atuar em conformidade ao manual de boas práticas para uma alimentação e nutrição saudável; elaborar cardápios alimentares individuais e/ou coletivos; prestar assistência nutricional aos indivíduos atendidos pelo Órgão de Saúde do Município. Executar outras tarefas inerentes a sua função.

04 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

04.01 – Poderão participar do Credenciamento as pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos dos itens 6 e 7, tais como exigidos neste instrumento; além disso, as pessoas jurídicas passíveis de credenciamento devem atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

04.02 – Poderão participar pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste instrumento, vedados os que cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93.

05 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

05.01 – As interessadas poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir de 26/08/2.021, conforme publicação do presente edital no mural do CISAP e pelo site www.cisapsp.com.br, fazendo-o pelos seguintes meios abaixo referidos:



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

05.02 – Serão consideradas credenciadas as pessoas e jurídicas que apresentarem os Documentos enumerados no item 7.1 deste instrumento.

05.03 – As interessadas poderão solicitar a inscrição no Credenciamento, para o exercício de 2.021/2.022, a qualquer momento, a partir de 26/08/2.021, pelo período de 01 (um) ano.

05.04 – As interessadas poderão solicitar a inscrição a partir de 26 de Agosto de 2.021 e serão analisadas pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de acordo com as necessidades do CISAP e dos Municípios Consorciados, sujeitando-se à efetiva demanda do serviço.

05.05 – Os modelos de formulários para cadastramento estarão disponíveis diretamente na sede administrativa do CISAP, conforme os anexos deste Edital, sito na Rua Ricardo Ponciano, nº 248, Centro, telefone (18) 3528-4738, CEP 17700-000, na Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz – SP., das 8:00 horas às 17:00 horas de segunda a sexta feira, ou pelo site www.cisapsp.com.br.

06 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

06.01 – Encaminhar na data prevista, a partir de 26/08/2.021, os documentos relacionados no item 7 à Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de segunda a sexta-feira, das 08:00 horas às 17:00 horas, no endereço do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, Rua Ricardo Ponciano, nº 248, Centro, telefone (18) 3528-4738, CEP 17700-000, na Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz-SP, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 03/21

INTERESSADA: _____

ESPECIFICAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

07 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

07.01 – PESSOA JURÍDICA:

- a) Requerimento, conforme Anexo I;
- b) Cópia da inscrição no CNPJ;
- c) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social consolidado, chancelado pela junta Comercial ou Cartório de Títulos e Documentos, conforme o caso em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- d) Declaração da credencianda de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com Anexo II;
- e) Declaração de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 (Anexo III);
- f) Prova de regularidade fiscal com a Receita Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União);
- g) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Estadual;
- h) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica credenciada;
- i) Prova de regularidade para com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito emitida pelo INSS);



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

- j) Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);
- k) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente (CRN), do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços, com a comprovação de vínculo na empresa;
- l) Cópia do RG (Registro Geral) e CPF (Cadastro Pessoa Física) do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços;
- m) Cópia do comprovante da formação profissional do(s) profissional(is) que executarão os serviços;
- n-) Declaração de ciência aos termos do Edital (Anexo IV);
- o-) Procuração quando outorgado direito para representação da Empresa (Anexo V).
- p-) Certidão Negativa ou Positiva com Efeito de Negativa de Débitos Trabalhistas.

OBSERVAÇÕES:- (a) a documentação solicitada poderá ser apresentada em xerox, sendo de inteira responsabilidade da interessada a veracidade dos documentos; (b) os Anexos a serem apresentados deverão ser digitados ou datilografados, não sendo aceitos os manuscritos.

08 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO E DO CREDENCIAMENTO

08.01 – Ao requerer a inscrição para cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, a interessada fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 07.01 acima.

08.02 – Não será aceito cadastro com documentação incompleta. O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação e será renovado anualmente.

08.03 – As pessoas jurídicas inscritas serão cadastradas na especialidade, segundo a avaliação da documentação relacionada no item 07.01, a ser realizada pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos.

08.04 – Para início da prestação de serviços, às inscritas e habilitadas para o credenciamento, será expedida a Ordem de Execução de Serviços, formalizada e assinada em 02 (duas) vias de igual teor sendo uma para o CISAP e outra para a Credenciada, renovável anualmente, que poderá a qualquer tempo ser alterada, suspensa ou cancelada no caso da Credenciada deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para cadastramento.

08.05 – O cadastramento será amplamente divulgado em periódicos e estará permanentemente aberto às interessadas, com exposição no quadro de avisos do CISAP e/ou pelo site www.cisapsp.com.br.

08.06 – Para renovação do credenciamento, o CISAP procederá ao chamamento público das interessadas através de publicação no mural do Consórcio e/ou pelo site www.cisapsp.com.br, para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novas interessadas.

08.07 – A Ordem de Execução de Serviços terá prazo de execução a partir de sua assinatura, por período de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos de tempo, até o máximo legal permitido pelo artigo 57, inciso II, da Lei das Licitações, por decisão unilateral do CISAP e firmado através de Termo Aditivo.

08.08 – A Ordem de Execução de Serviços não caracteriza nenhum vínculo empregatício.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

08.09 – A qualquer tempo a Ordem de Execução de Serviços poderá ser alterada, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo CISAP e/ou pelos Municípios Consorciados.

08.10 – A Ordem de Execução de Serviços poderá ser suspensa ou cancelada, se ficar demonstrado que a Credenciada deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como se não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

08.11 – Poderá ainda ser suspenso o credenciamento, a critério do CISAP, durante o processo que investigue quaisquer irregularidades praticadas pela Credenciada e que sejam denunciadas por quaisquer dos Municípios Consorciados ou por usuários.

08.12 – O CISAP poderá também suspender o processo de cadastramento caso a interessada se encontre na situação do item anterior, por procedimento executado em razão de credenciamento anterior.

08.13 – O descredenciamento poderá ser realizado por solicitação da Credenciada ou a critério do Presidente do Conselho de Prefeitos com a devida justificativa.

08.14 – É vedada a cobrança de sobretaxas pela Credenciada, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos Credenciamentos a qualquer momento.

09 – DO VALOR E PRAZO DA EXECUÇÃO

A remuneração pela prestação dos serviços será realizada da seguinte forma:

09.01 – No valor de R\$=15,00= (Quinze reais) por hora trabalhada no mês da prestação dos serviços;

09.02 – Adicional de Insalubridade no valor de R\$=1,25= (Um real de vinte e cinco centavos) por hora trabalhada no mês da prestação dos serviços.

09.03 – O prazo de execução será de 01 (um) ano, a partir da data de assinatura da Ordem de Execução de Serviços, sendo que os Credenciamentos efetivados anteriormente permanecem com validade durante a sua vigência, a menos que haja solicitação de revogação pela Credenciada ou a critério do Presidente do Conselho de Prefeitos. Ressalta-se que, havendo necessidade e interesse, poderá haver aditamentos nos termos da Lei Federal nº 8.666/93;

09.04 – A vigência do presente Instrumento fica vinculada à existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações.

10 – DO LOCAL DE ATENDIMENTO

10.01 – Os atendimentos a que se referem no presente Edital deverão ser realizados em qualquer Município integrante deste Consórcio, em instalações da Credenciada, ou em locais oferecidos e indicados pelos Municípios Consorciados.

10.02 – A utilização do local de atendimento, indicado pela Credenciada ou pelo Município Consorciado, não implicará em qualquer forma de responsabilidade e ônus por parte do CISAP.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

10.03 – Toda despesa com transporte do profissional da Credenciada até o local da prestação dos serviços deverá ser custeada pela própria Credenciada.

10.04 – Compete à Secretaria de Saúde do Município Consorciado informar o local da prestação dos serviços à Credenciada de acordo com a necessidade da mesma.

10.05 – A Credenciada deverá se comprometer a seguir os protocolos estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Município Consorciado, bem como todos os fluxos e rotinas já existentes, ou aqueles que porventura venham a ser criados para padronização e otimização dos serviços.

10.06 – A presente prestação de serviços não caracteriza vínculo trabalhista e empregatício com o CISAP e os Municípios Consorciados, tanto do ponto de vista administrativo quanto monetário.

11 – CRITÉRIO DE REAJUSTE / EQUILÍBRIO ECONÔMICO FINANCEIRO

11.01 – Os reajustes somente serão feitos de acordo com a necessidade, sendo obrigatória a comprovação do desequilíbrio financeiro ou a defasagem do valor, que poderá ser revisto com base nos índices e valores acordados pela Comissão de Licitações e Credenciamentos e aprovados pelo Conselho de Prefeitos.

12 – DA FORMA DE FORNECIMENTO

12.01 – O Município Consorciado deverá manter o controle diário da frequência do(a) profissional na prestação de serviço, por planilha própria, encaminhando ao CISAP o relatório mensal no primeiro dia útil do mês subsequente, para efeito de contabilização, solicitação do repasse e posterior pagamento dos serviços prestados.

12.02 – O Município Consorciado interessado na prestação de serviços constantes no presente Edital, deverá solicitar formalmente ao Consórcio, com as devidas justificativas.

12.03 – Fica sob a responsabilidade do Município Consorciado, na forma e critérios próprios que forem estabelecidos, a exigência da apresentação dos comprovantes dos serviços prestados, bem como o acompanhamento e supervisão dos mesmos.

12.04 – Os(as) profissionais das Credenciadas nos serviços de pagamento por hora, deverão obedecer ao horário estabelecido pelo Município Consorciado no desempenho de suas funções, objetivando a otimização do tempo de trabalho.

12.05 – Não existirá, para o CISAP e os Municípios Consorciados, solidariedade quanto às obrigações trabalhistas e previdenciárias para com os empregados da Credenciada, cabendo a esta assumir, de forma exclusiva, todos os ônus da relação empregatícia.

12.06 – No caso de ocorrer Credenciamento de duas ou mais Empresas prestadoras do serviço deste Edital, caberá ao Município Consorciado optar para qual será solicitada a realização dos serviços.

12.07 – Os serviços de responsabilidade da Credenciada deverão ser realizados nas melhores condições de atendimento à população.

13 – DO FATURAMENTO



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

13.01 – A competência para faturamento das horas trabalhadas será sempre do primeiro ao último dia do mês.

13.02 – O Município Consorciado deverá enviar ao CISAP o relatório de produção mensal, com as horas e valores incluindo o adicional de insalubridade, individualmente por quem prestou o serviço.

13.03 – O prazo de entrega do documento constante no item anterior, será o primeiro dia útil após o fechamento da competência.

13.04 – Após a validação do documento realizado pelo CISAP, este encaminhará ao Município Consorciado, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente ao do serviço prestado, a solicitação do repasse dos valores para pagamento da Credenciada.

13.05 – Os documentos recebidos após a data determinada no item 13.3, serão faturados na competência seguinte.

14 - DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

14.01 – O valor das horas trabalhadas do mês, será pago obedecendo o relatório enviado pelo Município Consorciado, acrescido pelo valor proporcional do Adicional de Insalubridade.

14.02 – Para pagamento dos serviços prestados será solicitada, pelo CISAP, a apresentação de nota fiscal emitida pela Credenciada.

14.03 – Os pagamentos serão efetuados mensalmente, no mês seguinte ao da prestação do serviço, ou conforme disponibilidade de repasses financeiros das Prefeituras Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

14.04 – Não será efetuada nenhuma antecipação de pagamento do valor ou parte do valor a ser contratado, seja a qualquer título.

14.05 – O pagamento poderá ser realizado através de TED, DOC, TEV ou depósito bancário para a conta corrente de titularidade da Credenciada ou por emissão de cheque nominal.

14.06 – É vedada a cobrança de sobretaxas pela Credenciada, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

14.07 – Será responsabilidade da Credenciada o pagamento de seus encargos sociais e de seus devidos impostos e taxas.

14.08 - A remuneração será conforme estabelecido nos itens 09.01 e 09.02 deste Edital.

15 – DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO

15.01 – As despesas decorrentes do presente Edital de Credenciamento correrão por conta do CISAP, através de repasses das Prefeituras Municipais Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

16 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

16.01 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista - CISAP, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar às Credenciadas as sanções previstas no art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93. Em caso de aplicação de multa, esta será de 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços contratados.

17 – RECURSOS

17.01 – É assegurado o direito de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei Federal nº 8.666/93.

18 – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.01 – Esclarecimentos relativos ao presente e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto serão prestados pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de segunda a sexta-feira, em horário de expediente.

18.02 – Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, que será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

19 – ANEXOS

19.01 – Integram o presente instrumento os seguintes anexos:

I – Modelo de requerimento para credenciamento de Pessoa Jurídica;

II – Modelo de Declaração de Idoneidade;

III – Modelo de Declaração de cumprimento à observância ao disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal;

IV – Declaração de ciência aos termos do Edital;

V – Procuração;

VI – Ordem de Execução de Serviços (Minuta).

Osvaldo Cruz–SP, 24 de Agosto de 2.021

VERA LUCIA ALVES
PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO I

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP,

_____, representante da Empresa abaixo qualificada, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA ÁREA DA SAÚDE, conforme Edital nº 03/21, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, objetivando a prestação de serviços profissionais de Nutricionista.

NOME DA EMPRESA: _____

CNPJ: _____

Endereço: Rua (Av) _____, N° _____, Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Telefone para contato:- (____) _____

Endereço eletrônico:- _____

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA: _____

Nacionalidade:- _____ Estado Civil:- _____ Profissão:- _____

Endereço Residencial: Rua (Av) _____, N° _____, Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

CR _____: _____ RG _____ CPF _____

Telefone para contato:- (____) _____

Endereço eletrônico:- _____

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa

Rena



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro, para os fins de direito, na qualidade de interessado(a) pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 03/21, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, que não sou (somos) declarado(s) inidôneo(s) para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO III

**DECLARAÇÃO DE OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA
CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

Declaro, para os fins de direito, na qualidade de interessado(a) pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 03/21, que cumpri(mos) o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, de que a Empresa não mantém em seu quadro de pessoal trabalhadores menores de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho, ou em serviços perigosos ou insalubres, não mantendo ainda, em qualquer trabalho, trabalhadores menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA AOS TERMOS DO EDITAL

_____ portador(a) do R.G. nº _____
e do CPF nº _____, representante da Empresa _____,
CNPJ _____, declaro, para os fins de direito, na qualidade de
interessado(a) pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 03/21, instaurado pelo Consórcio
Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, que estamos cientes, na íntegra, dos termos
constantes no referido Edital.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

(Em papel timbrado da empresa prestadora)

ANEXO V

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (EMPRESA): _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado de _____, registrado no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por seu proprietário Sr. _____, portador do RG nº _____ e do CPF/MF nº _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, na Cidade de _____, Estado de _____;

OUTORGADO (REPRESENTANTE DA EMPRESA): Sr.(a) _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão/função _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, Cidade de _____, Estado de _____, CEP _____ - _____, tel. () _____;

PODERES: Com fins específicos de representação no Processo de Credenciamento de Pessoas Jurídicas no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, conforme Edital nº 03/21.

_____, ____ de _____ de 2.02__

ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE

ASSINATURA DO(A) OUTORGADO

Handwritten signature



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO VI

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 03/21

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS DA ÁREA DA SAÚDE**

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº ____/2.02__ – (MINUTA)

Pela presente Ordem de Execução de Serviços, o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP, constituído sob forma de Consórcio Público, com personalidade jurídica de direito público, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 02.675.363/0001-52, estabelecido à Rua Ricardo Ponciano, nº 248, Centro, na Cidade de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, CEP–17700-000, TEL. (18) 3528-4738, neste ato representado por sua Presidente, _____, (nacionalidade), (estado civil), portadora do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliada à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____ na Cidade de _____, Estado de _____, AUTORIZA, a Empresa (qualificação) _____ pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, na Cidade de _____, Estado de _____, neste ato representada por _____ (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, CRN (ou equivalente) nº _____, residente e domiciliado(a) na Cidade de _____, Estado de _____ a iniciar a prestação de serviços profissionais de Nutricionista – objeto do EDITAL Nº 03/21 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA ÁREA DA SAÚDE, nos termos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 8.142/90, Portaria nº 358/2.006 e legislação pertinente, nas condições e termos seguintes:

01 – A presente Ordem de Execução de Serviços visa atender ao Edital nº 03/21 que tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços profissionais de NUTRICIONISTA aos Municípios Consorciados.

02 – A remuneração pela prestação dos serviços será realizada conforme itens 09.01 e 09.02 do Edital nº 03/21, da seguinte forma:

02.01 – No valor de R\$=15,00= (Quinze reais) por hora trabalhada no mês da prestação dos serviços;

02.02 – Adicional de Insalubridade no valor de R\$=1,25= (Um real de vinte e cinco centavos) por hora trabalhada no mês da prestação dos serviços.

03 – A execução dos procedimentos acordados nesta Ordem de Execução de Serviços será regida pelos termos do Edital nº 03/21, sem exclusão das demais legislações pertinentes.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

04 – A quantidade da demanda dos serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviços, para o exercício de 2.021/2.022, será fixada de acordo com a necessidade do Órgão de Saúde Municipal de cada Município Consorciado.

05 – A presente Ordem de Execução de Serviços terá prazo de execução a partir de ___/___/_____, por período de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos de tempo, até o máximo legal permitido pelo artigo 57, inciso II, da Lei das Licitações, por decisão unilateral do CISAP e firmado através de Termo Aditivo.

06 – As despesas decorrentes deste Credenciamento correrão por conta de recursos da dotação orçamentária dos Municípios Consorciados – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

07 – A presente Ordem de Execução de Serviços não caracteriza nenhum vínculo empregatício.

08 – Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, que será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

09 – Integram e completam a presente Ordem de Execução de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 8.142/90, Portaria nº 358/2.006 e legislação pertinente, e demais condições expressas no Edital nº 03/21, juntamente com seus anexos.

10 – Para firmeza e como prova de assim haverem ajustado, foi expedida a presente Ordem de Execução de Serviços, formalizada e assinada em 02 (duas) vias de igual teor, sendo uma para a Credenciada e outra para o CISAP.

Osvaldo Cruz–SP, ___ de _____ de _____

PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP

RAZÃO SOCIAL
NOME DA REPRESENTANTE CREDENCIADA