|  |
| --- |
|  |
| **Empresa:** | **Contato:** |
|  |
| **Telefone:** | **Nº. Contrato:** |
|   |
| **CHECK LIST 2017 - CREDENCIAMENTO** |
| **ITEM 6.1** | **DOCUMENTOS E ANEXOS** | **OK** | **FALTA** | **OBSERVAÇÕES** |
| **A** | Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **anexo I** (Papel timbrado);  |   |   |   |
| **B** | Requerimento para renovação do credenciamento, conforme modelo contido no anexo I, se já for prestador de serviço credenciado em antigo Credenciamento (Papel timbrado);  |   |   |   |
| **C** | Declaração de idoneidade, conforme modelo contido no **anexo II, e anexo III** preenchido (Papel timbrado); |   |   |   |
| **D** | Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);  |   |   |   |
| **E** | Cópia do Contrato Social ou Prova do Registro comercial, no caso de empresa individual;  |   |   |   |
| **F** | Cópia do Alvará de Licença Municipal e Sanitária, dentro do prazo de validade **(no caso de atendimento no ambulatório de CISNORPI não será necessária à apresentação de tal documento);**  |   |   |   |
| **G** | Cópia da Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Municipal ou Alvará de Funcionamento relativo ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao ramo de atividade e compatível com o objeto da presente licitação **(no caso de atendimento no ambulatório de CISNORPI não será necessária à apresentação de tal documento);** |   |   |   |
| **H** | Cópia do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) atualizado, disponível no endereço eletrônico http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\_Es\_Nome.asp?VTipo=0;  |   |   |   |
| **I** | Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Federal;  |   |   |   |
| **J** | Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;  |   |   |   |
| **L** | Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal;  |   |   |   |
| **M** | Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);  |   |   |   |
| **N** |

|  |
| --- |
| Certidão de Regularidade - Relativa à débitos Trabalhistas (CNDT) - Original  |

 |  |  |  |
| **O** | Dados para o agendamento e relação de procedimentos, conforme anexo V. |   |   |   |
| **P** | **Para os serviços laboratoriais de patologia clínica, será exigido o certificado de controle de qualidade emitido por órgão habilitado;** |   |   |   |
|  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA** |

 |  |  |  |
| **A** | Cópia da cédula de identidade;  |   |   |   |
| **B** | Cópia do CPF;  |   |   |   |
|  | **DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO** |  |  |  |
| **A** | Cópia da cédula de identidade; |  |  |  |
| **B** | Cópia do CPF; |  |  |  |
| **C** | Cópia do comprovante de inscrição no Conselho de Classe respectivo; |   |   |   |
| **D** | Cópia do comprovante de especialidade na área pretendida (registrada no Conselho Regional de Medicina) no caso de Médico |   |   |   |
| **E** | Cópia do comprovante de especialidade na área pretendida **(registrada no Conselho Regional de Medicina)** no caso de Médico; |   |   |   |
| **F** | Comprovante de residência.  |   |   |   |
| **G** | Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica expedido pelo respectivo Conselho de Classe, dentro do prazo de validade |  |  |  |
| **H** | Dados para o agendamento e relação de procedimentos, conforme anexo V. |  |  |  |
|  | **Documentos dos Sócios** |  |  |  |
| **A** | Cópia da cédula de identidade |  |  |  |
| **B** | Cópia do CPF |  |  |  |
|  | **Documentos do Corpo Clínico** |  |  |  |
| **A** | Cópia do diploma do curso superior na área indicada |  |  |  |
| **B** | Cópia dos certificados de especialização na área indicada expedido pelo Conselho Regional da Classe; |  |  |  |
| **C** | Cópia da carteira do registro profissional expedida pelo Conselho Regional do Paraná |  |  |  |