

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO II

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

MODELO DE REQUERIMENTO AO CREDENCIAMENTO Nº 04/2024

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Público Intermunicipal do Centro Noroeste do Paraná – CICENOP:

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADA NA CIDADE DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CASA DE APOIO QUE CONTEMPLE NO MÍNIMO, HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE, COM ATENDIMENTO 24 HORAS, AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS QUE ESTÃO EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD E SEUS ACOMPANHANTES, ORIUNDOS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DO CENTRO NOROESTE DO PARANÁ – CICENOP**, na forma definida na legislação pertinente e de acordo com as condições estabelecidas nesse edital e seus anexos.

DADOS DA EMPRESA

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim () EPP () ME ())

MEI Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional:

Descrição:

Endereço Comercial:

CEP:

Cidade:

Estado:

Nome do responsável para Contato:

Telefone para Contato:

Número do Celular:

Nome do Responsável pela empresa:

R.G. Responsável pela empresa:

CPF Responsável pela empresa:

E-mail:

DESCRIÇÃO mínima do serviço e QUANTIDADE

OBJETO: Credenciamento de pessoa jurídica especializada na cidade de Curitiba e Região Metropolitana, para a prestação de serviços de hospedagem, alimentação e transporte, com atendimento 24 horas aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e seus acompanhantes dos Municípios consorciados ao Consórcio Público Intermunicipal do Centro Noroeste do Paraná – CICENOP.

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

Item	Descrição	Valor Unitário	Quantidade Mensal	Quantidade Anual
01	Serviço em hospedagem em quarto coletivo para pacientes e acompanhantes separados em alas feminina, masculina e infantil, com alimentação, ida e volta para os hospitais de Curitiba e Região Metropolitana.	R\$		
02	Serviço em hospedagem em isolamento para pacientes e acompanhantes em quarto individual com cozinha e banheiro, com alimentação, ida e volta para os hospitais de Curitiba e Região Metropolitana.	R\$		
Estimativa de valores				

Valores Constantes no Anexo VII.

DADOS PARA AGENDAMENTO

Endereço do local de atendimento:

Nome da pessoa para contato de agendamento;

Nome da pessoa para contato de pagamento e emissão de Nota Fiscal;

Telefone do local de atendimento:

Dia e horário de atendimento:

Quantidade de pacientes:

Dados Bancários da Pessoa Jurídica

Dados Bancários da Pessoa Jurídica para Pagamento

Beneficiário: _____

CNPJ: _____

Nº do banco: _____

Nome do Banco: _____

Nº da agência: _____

Nº da conta corrente: _____

Cianorte/Pr, ___ de _____ de _____

Assinatura do responsável pela empresa solicitante
(nome do solicitante e carimbo da empresa)

Notas Importantes

I. Para recebimento mensal das faturas as certidões de FGTS, INSS e Receita Federal, Receita Estadual e Receita Municipal, deverão estar em dia.

II. A Empresa Credenciada deverá operacionalizar o nosso sistema *on line*.

III. A Empresa Credenciada deverá providenciar no ato do credenciamento o cadastramento de pessoa responsável junto ao CICENOP, para que esta possa acessar o sistema de agendamento *on line* com uma conta de *e-mail* para receber a senha do sistema e futuras alterações.

IV. A Empresa Credenciada deverá providenciar no ato do credenciamento o cadastramento de pessoa responsável junto ao CICENOP para receber os pagamentos, bem como demais documentos e correspondências, contendo RG e CPF, assinada pelo responsável pela empresa.

V. O fechamento de fatura para o período estipulado no Termo de Credenciamento será pelo agendamento *on line*.

VI. Deverá ser apresentada declaração comunicando se houver a suspensão de encargos fiscais (IRRF, CSLL, COFINS e PIS/PASEP).