Documentos necessários para Profissionais de Saúde Autônomos (PSA)

Nome do PSA:_____CPF: _____

PROPOSTA

DESCRIÇÃO	SIM	NÃO
1 - "Requerimento para Contratação" preenchida e assinada, de acordo com o modelo constante do Anexo H (observar item 3.6 do Edital)		

*** Impedidos de participar** - observar orientações do item 3.3 do Edital de Credenciamento

HABILITAÇÃO JURÍDICA

DESCRIÇÃO	SIM	NÃO
2 – Cópia da Carteira de Identidade;		
3 - Certidão de quitação eleitoral, nos termos do art. 7º, § 1º, III, c/c art. 146 do Código Eleitoral.		

HABILITAÇÃO FISCAL E TRABALHISTA

4 - Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);		
5 - Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados;		
6 - Prova de regularidade de inscrição e de recolhimento das contribuições do Contribuinte Individual para com a Previdência Social, efetuada mediante a apresentação da Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI), fornecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);		
7 - Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) por meio de apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal - ver Edital		
8 - Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa (CNDT), nos termos da Lei Federal nº 12.440/2011.		

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

9- Prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;		
10– A comprovação da Especialidade será feita mediante a apresentação de título de especialidade registrado no respectivo Conselho Regional;		
11 - Alvará de localização e funcionamento válido expedido em seu nome no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado;		
12 - Alvará de autorização sanitária válido, expedido em seu nome, no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado;		

DOCUMENTAÇÕES DIVERSAS

13 - Declaração do credenciado de que não possui em seu quadro de pessoal empregado com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal – Anexo I		

VERIFICAÇÕES A SER REALIZADA PELA CREDENCIANTE

17 - SICAF		
18 - Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);		

19 - Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).		

ANEXO H - MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS - PSA

Ao Sr Presidente da Comissão Especial de Credenciamento do Hospital Militar de Área de Campo Grande:

Eu, _____ (nome do profissional), _____ (profissão), inscrito no Conselho Regional de _____ no Estado de _____ sob o número _____ , requeiro meu credenciamento para prestar serviços aos usuários do FuSEx nas Especialidades de _____ e de _____, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento Nº 001/2018 - HMilACG, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FuSEx do HmilACG para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 4 do Edital de Credenciamento.

O meu consultório está localizado à _____ no _____, sala _____, bairro de _____ CEP _____, telefone _____ e o atendimento é feito às_____ (dias da semana) no horário de _____

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas nas Normas acima citadas.

_____, de ____ de _____ de _____.

_____

ASSINATURA

ANEXO I - DECLARAÇÃO RELATIVA AO TRABALHO DO MENOR - OCS

O interessado abaixo identificado DECLARA, para fins do disposto no Inciso V do Art. 27 da Lei Nr 8.666, de 21 de junho de 1983, acrescido pela Lei Nr 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não possui em seu quadro de pessoal empregado (s) com menos de 18 (dezoito) anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e em qualquer trabalho menores de 16 (dezesseis) anos de idade, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos de idade.

IDENTIFICAÇÃO	
Empresa:	CNPJ:
Signatário (s):	CPF:

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos de idade, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO

Em _____, _____/_____/_____.
(Local, data)

_____
(Representante Legal)