



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

ANEXO I

REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Os interessados no credenciamento de que trata este edital deverão apresentar à Comissão Especial de Credenciamento, requerimento próprio, acompanhado dos seguintes documentos:

1. PESSOA FÍSICA:

- a) Cópia do documento oficial de identificação (identidade);
- b) Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF;
- c) Comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Categoria;
- d) Diploma de Curso Superior/Habilitação;
- e) Comprovante de Regularidade do Conselho da Categoria;
- f) Comprovante de conta - corrente para depósito em nome da pessoa física proponente;
- g) Curriculum Vitae;
- h) Número do PIS/PASEP;
- i) Prova de regularidade junto à Fazenda Municipal do domicílio ou sede da licitante emitida pelo órgão competente;
- j) Certidão negativa ou certidão positiva com efeitos de negativa, expedida conjuntamente pela Receita Federal do Brasil, fazendo prova da regularidade fiscal de todos os tributos federais, inclusive contribuições previdenciárias, tanto no âmbito da Receita Federal quanto no âmbito da Procuradoria da Fazenda Nacional.
- k) Certidão de regularidade junto a Fazenda Pública Estadual
- l) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante aquela Justiça.
- m) Comprovante de endereço.

2. PESSOA JURÍDICA:

- a) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades, bem como ata de eleição e posse da atual diretoria ou Certificado do MEI - CCMEI, se for o caso;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- c) Comprovante de regularidade para com a Fazenda Estadual da sede ou domicílio do licitante;
- d) Comprovante de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede ou domicílio do licitante;



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

e) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal e a Seguridade Social, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil ou pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional;

f) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa de débitos trabalhistas, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943;

h) A empresa interessada, submetida a processo de recuperação judicial, deverá comprovar sua capacidade econômico-financeira para assumir o contrato e, neste aspecto, apresentar certidão emitida pela instância judicial competente, que certifique encontrar-se apta, econômica e financeiramente, para participar do credenciamento;

i) Cópia do CPF do representante legal;

j) Cópia da cédula de identidade civil do representante legal;

k) Comprovante de endereço atualizado (que não tenha data de emissão há mais de 90 dias contados da data de protocolo da documentação junto à Secretaria Municipal de Administração Pública).

Nota: O comprovante de endereço a ser apresentado deve estar em nome do representante legal. Não havendo, deverá ser apresentado de forma complementar **DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**.

l) Declaração de inexistência de vínculo;

m) Solicitação de credenciamento;

n) Ficha de inscrição;

o) Declaração de residência;

p) Declaração de que cumpre o disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º, da Constituição Federal;

q) Declaração assegurando a inexistência de impedimento legal por parte da proponente para licitar ou contratar com a Administração;

r) Declaração de atendimento às exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social;

9.4. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA**

atestado por servidor da Administração Municipal, ou publicação em órgão da imprensa oficial.

DOS REQUISITOS E CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

São requisitos para o profissional participar do processo de credenciamento e/ou firmar o respectivo contrato de credenciamento com a Administração Pública:

- a)** Nacionalidade Brasileira;
- b)** Idade mínima de 18 anos;
- c)** Quitação com as obrigações eleitorais;
- d)** Quitação com as obrigações militares, para proponentes do sexo masculino;
- e)** Estar em pleno gozo de seus direitos civis e políticos.
- f)** Certificado de conclusão do Ensino Médio profissionalizante de Técnico ou Certificado de conclusão do Ensino Médio acrescido do Certificado de Conclusão do Curso de Técnico para as seguintes vagas: TÉCNICO RADIOLOGIA, TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO E TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA, bem como registro no respectivo órgão de classe, quando exigível em lei;
- g)** Certificado de conclusão do Curso Superior Completo ou de especialização, quando esta for exigida e registro no órgão competente em: EDUCADOR FÍSICO, PSICOPEDAGOGO, TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA, ACUPUNTURISTA, CIRURGIÃO BUCO MAXILO FACIAL, CIRURGIÃO DENTISTA PROTESISTA, ESTOMATOLOGISTA, ODONTOPEDIATRIA, ENDODONTISTA, PERIODONTISTA, FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO, ENFERMEIRO(a) DO TRABALHO E CONDUTOR DE AMBULÂNCIA;
- h)** Encontrar-se regular perante o Conselho profissional da sua respectiva categoria;
- i)** Cópia da cédula de identidade;
- j)** Cópia da inscrição no CPF;
- k)** Número da conta corrente/Banco/Agência;
- l)** Formulário de Inscrição assinado;
- m)** Prova de inexistência de débitos perante a justiça do trabalho, mediante apresentação de certidão negativa, nos termos do título VII-A da consolidação das leis do trabalho, aprovado pelo decreto lei nº 5452 de 1º de Maio de 1943;
- n)** Prova de regularidade relativa a tributos federais e à dívida ativa da união, abrangendo inclusive as contribuições sociais prevista nas alíneas “a” a “d” do parágrafo único do artigo 11 da lei 8212/91;



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

- o)** Prova de regularidade com a fazenda Municipal e estadual;
 - p)** Declaração de concordância com o edital;
 - q)** Termo de comprometimento com a prestação de serviços, conforme o edital;
- 1.1.** É vedada a celebração de contrato com a credenciada sem o preenchimento dos requisitos exigidos, observando, ainda, a vedação da participação de profissional já ocupante de cargo efetivo e/ou comissionado neste município ou dirigente de órgão ou entidade contratante;
- 1.2.** O interessado a participar do presente edital, detentor de cargo efetivo e/ou comissionado de outro ente federado, exceção ao subitem anterior, poderá participar, desde que a carga horária seja compatível com os plantões a serem executados.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Declaro para comprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde que **NÃO SOU PROPRIETÁRIO, ADMINISTRADOR ou DIRIGENTE DE ENTIDADES OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CONVENIADOS com o Sistema Único de Saúde**, responsabilizando-me penalmente, civilmente e criminalmente na forma da lei.

Por ser verdade, firmo o presente.

Macapá, _____/____/_____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro para fins de comprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde que **NÃO EXERÇO OUTRO CARGO PÚBLICO**, conforme o disposto no artigo 37, incisos XVI e XVII, da Constituição Federal em vigor, responsabilizando-me penalmente, civilmente e criminalmente na forma da lei.

Por ser verdade, firmo o presente.

Macapá, _____/_____/_____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde que **EXERÇO FUNÇÃO PÚBLICA**, junto à _____, onde ocupo o cargo de _____, e na carga horária de ___ horas semanais, com admissão em __/__/_____. Bem como, que tenho ciência do teor do Edital de Chamamento Público nº ____/__, com consequências administrativas: rescisão contratual e multa; e criminais, tais como, crime de falsidade ideológica, art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Macapá, _____/_____/_____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

AUTODECLARAÇÃO– GRUPO DE RISCO COVID-19

Eu, _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____ declaro que não me enquadro nos grupos de risco para COVID- 19 abaixo elencados, conforme “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais” do Ministério da Saúde:

1. Trabalhadores imunodeprimidos ou com doenças crônicas graves:

- a. Imunosupressão associada a medicamentos como corticoide em uso prolongado, quimioterápicos e inibidores de TNF-alfa;
- b. Neoplasias;
- c. HIV/Aids;
- d. Doenças hematológicas graves, como anemia falciforme;
- e. Cardiopatias graves ou descompensadas, como insuficiência cardíaca, infarto, revascularização e arritmia;
- f. Pneumopatias graves ou descompensadas, com dependência de oxigênio, asma moderada ou grave, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC e tuberculose;
- g. Transtornos neurológicos e de desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração, como lesão medular, acidente vascular encefálico (AVE) e doenças neuromusculares;
- h. Hepatopatias crônicas, como atresia biliar, hepatites crônicas e cirrose;
- i. Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- j. Diabetes insulino-dependente.

2. Trabalhadoras Gestantes ou lactantes de crianças até 1 (um) ano de idade*.

***Fica na responsabilidade da contratada comunicar a Secretaria Municipal de Saúde sobre estado de gravidez a qualquer momento do contrato.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA**

Macapá, _____ de _____ de
_____.

NOME E ASSINATURA DO CANDIDATO



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E CONCORDÂNCIA

Declaro para todos os fins que as informações e documentos apresentados são verdadeiros, bem como, que concordo com as cláusulas estabelecidas no Edital de Credenciamento nº ____/____ da Secretaria Municipal de Saúde de Macapá.

Macapá, _____ de _____ de _____ .

Assinatura e carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E/OU COMPATIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA, inscrito(a) no CPF sob o nº ____, DECLARO, para fins de comprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde, que **POSSUO DISPONIBILIDADE E/OU COMPATIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA** para trabalhar nesta Secretaria, responsabilizando-me penalmente, civilmente e criminalmente na forma da lei.

Por ser verdade, firmo o presente. Macapá, ____/____/____

Assinatura e carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____
_____, residente _____ à
_____, Cidade
_____, UF _____ CEP: _____ - _____,
CPF nº _____ RG nº _____ Órgão Exped. _____,
Declaro, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de provas junto à Secretaria Municipal
de Saúde, que o (a) Sr. (a) _____
_____ reside comigo.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar
ciente de que responderei criminalmente em caso de falsidade das informações aqui
prestadas.

_____, _____ / _____ / _____.
Local Data

Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

ANEXO III

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE

01 – Nome completo (legível):	
02 – CPF:	03 –PIS/PASEP:
04 – Nº de Registro no Conselho Regional:	
05 – Profissão/Categoria:	
06 – Endereço Residencial:	
07 - Bairro:	
08 - Cidade/UF:	09 - CEP:
10 – Telefone Comercial:	
11 – Celular / WhatsApp:	12 – E-mail:
13 – Venho por meio desta, apresentar Proposta de Credenciamento nos termos do Edital 00_/ para o serviço na Rede de Atenção à Saúde no município de Macapá.	

Macapá, XXX de XXX de 2023

Assinatura do candidato



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

ANEXO IV

CURRICULUM VITAE – PESSOA FÍSICA

I- DADOS PESSOAIS		
1. NOME COMPLETO (sem abreviaturas):		
2. ENDEREÇO:		
3. CIDADE / UF:	4. CEP:	
5. TELEFONE FIXO:	6. CELULAR:	
7. EMAIL:	8. DATA DE NASCIMENTO:	
9. NATURALIDADE / UF:	10. NACIONALIDADE:	
11. SEXO: () F () M	12. RG N° ORGÃO EXPEDIDOR:	13. CPF:
14. PROFISSÃO:	15. REGISTRO PROFISSIONAL:	
II-FORMAÇÃO ACADÊMICA		
CURSOS DE FORMAÇÃO ACADÊMICA		
CURSO:		
INSTITUIÇÃO:		
ANO DE FORMAÇÃO:		
TÍTULO DE ESPECIALISTA NA ÁREA DE ATUAÇÃO		
CURSO:		



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

INSTITUIÇÃO:

ANO DE FORMAÇÃO:

CURSOS DE TITULAÇÃO (PÓS-GRADUAÇÃO/MESTRADO/DOCTORADO/PÓS DOCTORADO)

CURSO:

INSTITUIÇÃO:

ANO DE FORMAÇÃO:

CARGA HORÁRIA:

CURSO:

INSTITUIÇÃO:

ANO DE FORMAÇÃO:

CARGA HORÁRIA:

CURSO:

INSTITUIÇÃO:

ANO DE FORMAÇÃO:

CARGA HORÁRIA:

III - REGISTRO - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1. REGISTRO DE EMPREGO: a começar pelo seu cargo atual, liste em ordem cronológica (do recente para o mais antigo), todos os empregos que você já teve. Os profissionais autônomos p informar os locais em que exerceram a atividade.

A. CARGO ATUAL (OU ÚLTIMO CARGO, CASO ESTEJA DESEMPREGADO) – INFORM CONDIÇÃO SE PRESTADOR AUTÔNOMO

PERÍODO:

EMPREGADOR:

B. CARGOS ANTERIORES (EM ORDEM DECRESCENTE)

PERÍODO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA

EMPREGADOR:	
PERÍODO:	
EMPREGADOR:	
PERÍODO:	
EMPREGADOR:	
PERÍODO:	
EMPREGADOR:	
PERÍODO:	
EMPREGADOR:	
5. CERTIFICO QUE AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO VERÍDICAS, COMPLETAS, SEM VÍCIOS E CONDIZENTES COM MEUS CONHECIMENTOS E MINHA CONVICÇÃO.	
LOCAL E DATA:	ASSINATURA: