ANEXO II
FICHA CADASTRAL DE PESSOA JURÍDICA
APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA				
Razão Social				
Nome Fantasia				
CNPJ:				
ENDEREÇO				
CEP				
Logradouro (Rua, Avenida, etc)				
Nº		**Complemento**		
Bairro				
Cidade			**UF**	
Telefone Residencial		**Telefone Comercial**		
Telefone Celular		**Whatsapp**		
e-mail				
DADOS BANCÁRIOS				
Banco				
Agência				
Conta Corrente				

ANEXO III
FICHA CADASTRAL DE INDIVIDUAL
DE CADA PROFISSIONAL CREDENCIADO PELA PESSOA JURIDICA
APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

Razão social da empresa	
Numero do CNPJ:	
Nome do profissional:	
CPF:	
RG:	
Órgão emissor do RG:	
Data de expedição do RG:	
Data de nascimento:	
Naturalidade:	
Endereço completo:	
E-mail:	
Telefone:	
Número do Cartão SUS do profissional:	
Número de inscrição no CAU-PR:	
Filiação genitor:	
Filiação genitora:	
Estado civil:	
Número de inscrição no PIS:	

ANEXO IV
PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO
(EM PAPEL TIMBRADO DA PRÓPRIA REQUERENTE)

À Comissão Especial de Credenciamento

Ref.: PEDIDO DE CREDENCIAMENTO - Edital de Chamamento Público nº 001/2024.

Prezados Senhores,

A Empresa _____ (razão social e de fantasia, se houver), CNPJ/MF nº _____, com sede em _____
_____
(logradouro, nº, Bairro, CEP, Cidade), neste ato representa do por seu representante legal Sr (a) _____, CPF nº _____, após examinar todas as cláusulas e condições estipuladas no Edital em referência, apresenta o pedido de pré-qualificação para o credenciamento, nos termos consignados no citado ato convocatório e seus anexos, com os quais concorda plenamente, declarando que possui estrutura disponível e suficiente, com pessoal técnico adequado, para a execução dos serviços/produtos na Classe I, área/especialidade **Serviços de Engenharia Civil com Ênfase na Área Hospitalar e de Saúde**, com carga horaria máxima de 160 horas mensais.

Informamos que o pedido ora formulado abrange os serviços/produtos discriminados no Edital convocatório. Compromete-se a fornecer ao Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP quaisquer informações ou documentos eventualmente solicitados e informar toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal relacionadas às condições de credenciamento. Está ciente de que a qualquer momento, o HUOP, poderá cancelar o credenciamento, não havendo obrigatoriedade de contratação. Enfim, declara ter ciência de que a contratação dos serviços/produtos constantes do Edital, não gera qualquer tipo de vínculo empregatício dos profissionais desta empresa com o HUOP, razão pela qual, arcará com todas as despesas de natureza previdenciária e trabalhista ou de eventuais demandas trabalhistas relativas aos profissionais selecionados para atendimento do presente credenciamento, inclusive com relação aos demais encargos incidentes sobre a prestação do serviço.

Cascavel/Pr, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do representante legal da empresa

ANEXO V
RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EMPRESA
(EM PAPEL TIMBRADO DA PRÓPRIA REQUERENTE)

À Comissão Especial de Credenciamento

Ref.: PEDIDO DE CREDENCIAMENTO - Edital de Chamamento Público nº 001/2026

Prezados Senhores,

A Empresa _____ (razão social e de fantasia, se houver), CNPJ/MF nº _____, com sede em _____
_____
(logradouro, nº, Bairro, CEP, Cidade), neste ato representa do por seu representante legal Sr (a) _____, CPF nº _____, vem através deste informar os nomes dos profissionais disponíveis para prestar serviços no Hospital Universitário do Oeste do Paraná, conforme quadro abaixo acompanhada da documentação anexa conforme Edital de Chamamento:

NOME	Registro no CREA - PR

Cascavel/Pr, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do representante legal da empresa

Hospital Universitário do Oeste do Paraná
Av. Tancredo Neves, 3224 – Santo Onofre
Fone: (45) 3321-5169 – CEP 85.806-470
Cascavel – Paraná

ANEXO VI
DECLARAÇÃO CONJUNTA
(EM PAPEL TIMBRADO DA PRÓPRIA REQUERENTE)

(A Empresa _____ (razão social e de fantasia, se houver), CNPJ/MF nº _____, com sede em _____ _____(lo gradouro, nº, Bairro, CEP, Cidade), neste ato representa do por seu representante legal Sr (a) _____, CPF nº _____, DECLARA, para os devidos fins, que tem pleno conhecimento das regras contidas no edital de credenciamento e que possui as condições de habilitação previstas no edital, bem como:

- conhecemos o Edital de Chamamento Público n°. 001/2026-HUOP e seus anexos;
- atendemos e aceitamos todas as exigências do Edital de Chamamento Público nº 001/2024-HUOP e seus anexos.
- atendemos ao Decreto n.º 10.086, de 2022 do art. 362, cumpro o disposto no item 6, referente as regras de SUSTENTABILIDADE conforme Anexo I - TERMO DE REFERÊNCIA.
- como condição para participar desta licitação e ser contratado(a), fornecerei à Administração Pública diversos dados pessoais, entre eles:
  - aqueles inerentes a documentos de identificação;
  - referentes a participações societárias;
  - informações inseridas em contratos sociais;
  - endereços físicos e eletrônicos;
  - estado civil;
  - eventuais informações sobre cônjuges;
  - relações de parentesco;
  - número de telefone;
  - sanções administrativas que esteja cumprindo perante a Administração Pública;
  - informações sobre eventuais condenações no plano criminal ou por improbidade administrativa; dentre outros necessários à contratação.
- realizar o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, nos termos da Lei nº 13.709/2018 e do Decreto Estadual nº 6.474/2020
- sob as penas da Lei, que não possui em seu quadro de pessoal, empregado menor 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 de 1988 (Lei nº 9.854/99).
- possui profissional(is) com capacidade técnica para prestar os serviços objeto deste edital, os quais solicita credenciamento, ao Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

- que não foi declarada inidônea por órgão da Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal ou punida com suspensão pela Administração
- Estou ciente que essas informações constarão do processo administrativo e serão objeto de tratamento por parte da Administração Pública e ainda que o tratamento dos dados pessoais relacionados aos processos de contratação se presume válido, legítimo e, portanto, juridicamente adequado.

Cascavel/Pr, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do representante legal da empresa

Hospital Universitário do Oeste do Paraná
Av. Tancredo Neves, 3224 – Santo Onofre
Fone: (45) 3321-5169 – CEP 85.806-470
Cascavel – Paraná

ANEXO VII
DECLARAÇÃO DE VEDAÇÃO NEPOTISMO
(EM PAPEL TIMBRADO DA PRÓPRIA REQUERENTE)

Declaração de Nepotismo **Decreto nº 426/2019**

Nome _____ RG _____

Cargo _____

Órgão _____

Considerando o disposto no Decreto nº 426, de 04 de fevereiro de 2019, DECLARO para todos os efeitos

☐ **Não Possuo** relação familiar ou de parentesco em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade até o terceiro grau inclusive, do Governador, do Vice-Governador ou ainda, de ocupante de cargo em comissão ou função de confiança, Chefia ou Assessoramento no âmbito do órgão ou entidade em que atuo, bem como de servidor público com nomeação ou designação recíproca em outro órgão ou entidade da Administração Pública Estadual.

☐ **Possuo** relação familiar ou de parentesco em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade até o terceiro grau inclusive, do Governador, do Vice-Governador ou ainda, de ocupante de cargo em comissão ou função de confiança, Chefia ou Assessoramento no âmbito do órgão ou entidade em que atuo, bem como de servidor público com nomeação ou designação recíproca em outro órgão ou entidade da Administração Pública Estadual.

DADOS DO FAMILIAR/PARENTE				
NOME	PARENTESCO	ÓRGÃO	SITUAÇÃO FUNCIONAL	CARGO

Declaro ainda

TER ciência da proibição de nomeação ou designação de servidores nos termos do Decreto nº 426/2019

TER ciência da obrigatoriedade de informar sobre alterações na relação familiar ou de parentesco enquanto exercente de cargo em comissão ou função de confiança

SEREM verdadeiras as informações prestadas no presente documento, sob pena de responsabilidade civil, administrativa e criminal.

Local _____, data ____/____/____

_____
ASSINATURA/NOME LEGÍVEL

RG/CPF

ANEXO VIII
LISTA DE EXAMES OBRIGATÓRIOS

PARA ATENDIMENTO DO ITEM 11.3.6 DO ANEXO I (TERMO DE REFERÊNCIA):

- Exame clínico;
- Hemograma Completo;
- Glicemia em jejum;
- Colesterol total e frações;
- Triglicerídeos;
- Creatinina;
- T.G.P.;
- T.G.O.;
- HBs-Ag;
- Anti HBs;
- Anti HCV ELISA;
- Parcial de urina;