**ANEXO IIa – MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

**(Exclusivo para as atividades relacionadas aos itens 3,4 e 5 do Edital)**

A Comissão Especial,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na ........ (inserir endereço completo com CEP), portador da carteira de identidade nº..... e do CPF nº........, venho requerer a Vossa Senhoria **se digne determinar a sua habilitação no Credenciamento nº 004/2023 no Credenciamento de PRESTADORES DE SERVIÇOS para atuação junto as atividades previstas no Termo de Execução Descentralizada 12/2021 firmado entre o Ministério da Saúde e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, motivo pelo qual faz constar as seguintes informações, bem como os documentos solicitados:

**Dados para Contato:**

Telefone: (...) ................

Celular: (...) ..................

E-mail: ..........................

Assinale as informações a seguir:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Cadastro | ( ) Pessoa Física ( ) Pessoa Jurídica |
| CNPJ (se assinalado Pessoa Jurídica) |  |

 Declara que prestará os serviços de acordo com as especificações estabelecidas neste edital.

Nestes termos, pede deferimento

Porto Alegre, .......de ................... de ...........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome

**ANEXO IIb – MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

**(Exclusivo para as atividades relacionadas aos itens 1 e 2 do Edital)**

A Comissão Especial,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na ........ (inserir endereço completo com CEP), portador da carteira de identidade nº..... e do CPF nº........, venho requerer a Vossa Senhoria **se digne determinar a sua habilitação no Credenciamento nº 004/2023 no Credenciamento de PRESTADORES DE SERVIÇOS para atuação junto as atividades previstas no Termo de Execução Descentralizada 12/2021 firmado entre o Ministério da Saúde e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, motivo pelo qual faz constar as seguintes informações, bem como os documentos solicitados:

**Dados para Contato:**

Telefone: (...) ................

Celular: (...) ..................

E-mail: ..........................

Preenchas as informações a seguir:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Cadastro | ( ) Pessoa Física ( ) Pessoa Jurídica |
| CNPJ (se assinalado Pessoa Jurídica) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Área | Assinale com um “**X**” as áreas de interesse, no máximo 3. |
| Alergologia e Imunologia Clínica |  |
| Anestesiologia |  |
| Angiologia  |  |
| Cancerologia (Oncologia) |  |
| Cardiologia  |  |
| Cirurgia |  |
| Clínica Médica  |  |
| Dermatologia  |  |
| Endocrinologia  |  |
| Fisiatria |  |
| Gastroenterologia e Hepatologia |  |
| Ginecologia e Obstetrícia |  |
| Hematologia  |  |
| Infectologia |  |
| Nefrologia |  |
| Neurocirurgia |  |
| Neurologia |  |
| Oftalmologia |  |
| Ortopedia  |  |
| Patologia Clínica |  |
| Pediatria  |  |
| Pneumologia |  |
| Psiquiatria |  |
| Radiologia Médica |  |
| Reumatologia  |  |
| Urologia |  |

Outra (s) não contempladas na lista acima, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso seja necessário incluir uma subárea dentro da especialidade, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Declara que prestará os serviços de acordo com as especificações estabelecidas neste edital.

Nestes termos, pede deferimento

Porto Alegre, .......de ................... de ...........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome

**ANEXO III**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro (  ) haver ( ) não haver conflito de interesses pessoais, profissionais, econômicos, de natureza técnica ou qualquer outra ligação de interesses relevante no âmbito do presente credenciamento.

Declaro que as informações acima são expressão da verdade e que nenhuma outra situação de conflito de interesse real ou potencial é conhecida por mim.

Comprometo-me a comunicar o Hospital de Clínicas de Porto Alegre sobre quaisquer mudanças nesta circunstância.

XXXX, de de 2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

**ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE NEPOTISMO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para os fins do disposto nos Artigos 2.º, inciso V, e 3.º da Resolução n.º 07/2005 do Conselho Nacional de Justiça, com a redação dada pela Resolução n.º 229/2016, declaro ( ) **ser** ( ) **não ser** empregado do HCPA, cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, dos professores da UFRGS ocupantes de cargos de direção no HCPA, chefia, assessoramento ou no exercício de funções administrativas no HCPA, assim como de servidores ocupantes de cargos de direção, chefia e assessoramento vinculados direta ou indiretamente a área encarregada deste certame no HCPA e Coordenadoria de Gestão de Pessoas.

Nome do familiar ou parente:

Relação e grau de parentesco:

Cargo ocupado pelo familiar ou parente:

Porto Alegre, de de 2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

**ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA**

(Anexo XXI da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009)

Remuneração recebida em outros vínculos - Ordenação para fins de desconto (§ 1º do art. 64)

SEGURADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DESTINATÁRIO:  HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

CNPJ/CPF: 87.020.517/0001-20

RAZÃO SOCIAL/NOME: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Declaro, sob as penas legais, a ordem de precedência e as remunerações que foram ou serão tributadas em outras empresas que devem ser observadas para fins de desconto de minha contribuição à seguridade social, na forma prevista no § 1º do art. 64 da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORDEM** | **CNPJ/CPF** | **CATEGORIA** | **REMUNERAÇÃO** |
| 1 |   |   |   |
| 2 |   |   |   |
| 3 |   |   |   |
| 4 |   |   |   |
| 5 |   |   |   |

 A remuneração tributada em outras empresas atingiu o limite máximo do Salário de Contribuição?

Sim  (  )                             Não (  )

 Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura e CPF do responsável pelas informações:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orientações de preenchimento:**

Cabeçalho:

SEGURADO: nome do segurado declarante

CPF: CPF do segurado declarante

DESTINATÁRIO: razão social ou nome do empregador que está recebendo a declaração

CNPJ/CPF: CNPJ ou CPF do empregador que está recebendo a declaração

Quadro:

Coluna “ORDEM”: informar a ordem para determinar a sequência de empregadores que efetuaram ou efetuarão o desconto;

Coluna “CNPJ”: informar o CNPJ ou o CPF do empregador;

Coluna “CATEGORIA”: informar a categoria (Empregado, Empregado Doméstico, Trabalhador Avulso ou Contribuinte Individual);

Coluna “REMUNERAÇÃO”: informar a remuneração que foi ou será tributada no CNPJ ou no CPF informado.