**LISTA DE VERIFICAÇÃO**

 **CONTRATO ENTRE SESA E ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS – REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS ORIUNDOS DE EMENDAS PARLAMENTARES**

|  |
| --- |
| **Protocolo n.º** |
| **Contrato n.º** |

|  |
| --- |
| **REQUISITOS GERAIS** |
| 01. | Comprovação de que a entidade foi beneficiada pela emenda parlamentar com a juntada da Portaria do Ministério da Saúde, habilitando-a para fins do contido na Portaria nº 488/2020; | Fls.  |
| 02. | Demonstração de que a entidade beneficiária possui instrumento de contratualização com o Estado do Paraná; | Fls.  |
| 03. | Demonstração que a entidade está registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 04. | Apresentação pela entidade do alvará de licença e funcionamento vigente  | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 05.  | Apresentação de licença sanitária | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 06. | Apresentação de Documento Descritivo  | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 07. | Ata de Assembleia que elegeu a atual Diretoria da entidade, registrada; | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 08. | Estatuto da entidade, devidamente registrado  | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 09. | Cópia do RG e CPF do dirigente máximo da Instituição  | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Cópia do comprovante de inscrição no CNPJ da Entidade | Fls. |
| 11. | Ato de designação do gestor e do fiscal do contrato | Fls. |
| 12. | Adoção da minuta de contrato previamente aprovada pela Procuradoria-Geral do Estado | Fls. |
| 13. | Termo de Inexigibilidade | Fls. |
| 14. | Autorização da autoridade competente  | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| 15.  | Declaração geral que ateste a observância pela entidade do art. 7º, XXXIII da CF/88 e a ausência de nepotismo  | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 16.  | Comprovação de atendimento do art. 3º da Lei n. 12.101/2009 para entidades filantrópicas | Fls. \_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA**  |
| 01. | Certidão de Regularidade com a Fazenda Federal, inclusive, quanto aos débitos e às contribuições previdenciárias | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 02. | Certidão de Regularidade com a Fazenda Estadual do Paraná | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 04. | Certidão de Regularidade com a Fazenda Municipal | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 05. | Certidão de Regularidade perante o FGTS | Fls. \_\_\_\_\_\_ |
| 06.  | Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas | Fls. |

|  |
| --- |
| CONSULTAS PRÉVIAS OBRIGATÓRIAS |
| 01. | Consulta ao CADIN do Estado do Paraná | Fls.  |
| 02. | Consulta ao CEIS | Fls. |
| 03. | Consulta ao Sistema GMS. | Fls. |
| 04. | Consulta ao CEPIM | Fls. |

|  |
| --- |
| **Nota explicativa****1. Este documento tem sua aplicação restrita para o caso de estabelecimento de vínculos jurídicos decorrentes de incremento temporário do teto MAC, via aumento efetivo de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares, a partir de repasse de recursos oriundos de emendas parlamentares impositivas.** **2. As certidões e as respectivas consultas devem estar válidas na data da assinatura do Contrato.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_. |
| (local) |  | (local) |
| [Nome e assinatura do servidor responsável pelo preenchimento] |  | [Nome e assinatura do chefe do setorcompetente] |