



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 009/PMF/SMSP/SUSP/2020 - VENDA DE CHORIPAN

(Parte Integrante do Edital de Credenciamento Nº 009/PMF/SMSP/SUSP/2020)

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

1. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS EDITAL 009/2020 Anexo I	 Pessoa Física
<input type="checkbox"/> a) Documento de identidade - RG com foto;	
<input type="checkbox"/> b) Foto/desenho do modelo do carrinho adotado, para fins de avaliação, considerando o ANEXO III ;	
<input type="checkbox"/> c) Comprovante de Situação Cadastral - CPF (https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaPublica.asp);	
<input type="checkbox"/> d) Certificado de Antecedentes Criminais Estadual: (https://esaj.tjsc.jus.br/esaj/portal.do?servico=810100);	
<input type="checkbox"/> e) Certificado de Antecedentes Criminais Federal (https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php);	
<input type="checkbox"/> f) Prova de quitação com a Fazenda Municipal de Florianópolis (CND) da Pessoa Física – CPF: http://www.pmf.sc.gov.br/servicos/sistema.php?servicoid=3551 ;	
<input type="checkbox"/> g) Atestado de saúde para trabalhar com manipulação de alimentos (Decreto Estadual nº 31.455/87) com validade máxima de 01 ano.	
<input type="checkbox"/> h) Certificado de Curso de manipulação de alimentos, nos termos do art. 30, §1º da Lei nº 6.320/83 e Decreto nº 14.782/15, com validade de 02 anos;	
*Obs: Serão aceitas disciplinas cursadas em cursos técnicos, de extensão e cursos universitários de áreas afins, desde que devidamente comprovado através do histórico escolar.	
<input type="checkbox"/> i) Certificado de Microempreendedor Individual (MEI).	
<input type="checkbox"/> j) Anexo I devidamente assinado pelo participante.	
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS <u>ADICIONAIS</u> PARA REQUERENTES COM DEFICIÊNCIA:	
<input type="checkbox"/> a) Laudo Médico ; que deverá atestar o tipo de necessidade especial ou deficiência, bem como as condições de aptidão para o trabalho, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças - CID, nome do médico e seu registro no Conselho Regional de Medicina – CRM	

Declaro estar ciente de que na ausência de qualquer dos documentos constantes da lista de documentação obrigatória para habilitação serei considerado automaticamente INABILITADO do certame.

Assinatura do Participante