



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2019

MÉDICOS PERITOS PSIQUIATRAS

Processo Administrativo nº 218/2019

Protocolo 017551/2019

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, entidade de fiscalização da profissão médica, instituída pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, com sede na Rua Victório Viezzer, 84, CEP 80.810-340, Curitiba-PR, por intermédio de seu representante legal, neste ato representado pelo seu Presidente, Dr. **ROBERTO ISSAMU YOSIDA**, médico regularmente inscrito no CRM-PR sob nº 10.063, realizará **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 03/2019**, para o credenciamento de Médicos Peritos Psiquiatras, nas condições abaixo especificadas de interesse do CRM-PR.

1. DO OBJETO

1.1. **Constitui objeto desde Edital o credenciamento de Médicos Peritos Psiquiatras, para prestação de serviços de perícia médica psiquiátrica, nos periciados envolvidos em procedimentos administrativos instaurados por este Conselho.**

1.2. **O Perito Médico nomeado deverá compor junta médica para realizar perícias médicas psiquiátricas, requeridas pelo Conselheiro Instrutor do Procedimento Administrativo instaurado pelo CRM-PR.**

1.3. **As juntas médicas serão designadas pelo CRM-PR, conforme artigo 2º, §6º, da Resolução CFM n.º 2.164/217, e serão compostas por até 3 (três) peritos médicos inscritos no CHAMAMENTO PÚBLICO, de acordo com cada caso apresentado.**

1.4. Não há garantia quanto ao volume de trabalho que será solicitado a cada perito, tendo em vista que as necessidades do CRM-PR não seguem um padrão fixo, assim as convocações se darão conforme demanda.

1.5. Visando facilitar o deslocamento dos periciados, para efeitos deste credenciamento, o consultório onde atuará o perito médico psiquiatra deverá localizar-se no Estado do Paraná, significando que as perícias serão realizadas onde o CRM-PR designar.

1.6. Poderão participar do processo de credenciamento pessoas físicas (Médicos Psiquiatras), com capacidade técnica comprovada, idoneidade econômico-financeira,



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

regularidade jurídico-fiscal, que atendam as condições específicas de habilitação constantes deste edital e se submetam aos parâmetros nele estabelecidos.

1.7. Não poderão participar do credenciamento pessoa física que esteja suspensa de licitar e contratar com este Conselho ou declarada inidônea para contratar com a Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal.

1.8. A entrega do Requerimento preenchido juntamente com a documentação solicitada implica em manifesto interesse em participar do processo de credenciamento, vinculando-se os interessados que obtiveram a sua inscrição homologada a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus anexos, bem como a perfeita execução dos serviços objeto deste credenciamento.

1.9. **É proibido terceirizar perícias. As perícias deverão ser feitas e executadas pelo médico perito convocado.**

2. DA DISPONIBILIZAÇÃO DO EDITAL

2.1. O inteiro teor desde Edital e de seus anexos ficará à disposição dos interessados no endereço eletrônico deste Conselho: www.crmpr.org.br, menu Institucional, Licitações.

2.2. Os pedidos de esclarecimentos poderão ser feitos por e-mail, para o seguinte endereço: licitacao@crmpr.org.br.

2.3. Os esclarecimentos feitos formalmente por e-mail serão respondidos pela mesma via eletrônica, diretamente ao solicitante.

2.4. A homologação dos credenciados será publicada no Diário Oficial da União e disponibilizado no site do CRM-PR.

3. DO LOCAL E DO PRAZO DE ENTREGA DAS PROPOSTAS

3.1. As propostas de credenciamento deverão ser encaminhadas no e-mail licitacao@crmpr.org.br, de 07/11/2019 até o dia 21/11/2019 às 17h.

4. DO CREDENCIAMENTO

4.1. A solicitação de credenciamento deverá ser digitada, sem emendas, rasuras, entrelinhas, ou ambiguidade, acompanhada da documentação solicitada neste Edital,



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

preferencialmente, em papel timbrado próprio do proponente, conforme modelo constante no **Anexo III**.

4.2. O requerimento apresentado de forma incompleta, rasurado ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerado inepto sendo desclassificado o interessado.

4.3. As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado.

4.4. Toda documentação exigida, conforme detalhado neste Edital, é requisito obrigatório à habilitação jurídica, técnica e fiscal do interessado ao credenciamento.

5. DOS DOCUMENTOS PARA O CREDENCIAMENTO

5.1. Pessoa Física:

5.1.1. **Requerimento para credenciamento, conforme modelo constante no Anexo III, com todas as informações solicitadas, datado e assinado;**

5.1.2. **Cópia da inscrição do cadastro de pessoa física – CPF;**

5.1.3. **Cópia do documento de identidade;**

5.1.4. **Certificado do NIT/PIS/PASEP;**

5.1.5. **Prova de regularidade para com a Fazenda Federal;**

5.1.6. **Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;**

5.1.7. **Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal;**

5.1.8. **Prova de regularidade relativa à Justiça do Trabalho mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei nº 12.440/2011;**

5.1.9. **Atestado de capacidade técnica ou documento equivalente que comprove a atuação do médico em perícia psiquiátrica em Conselhos Regionais de Medicina ou no Poder Judiciário;**

5.1.10. **Termo de Confidencialidade, conforme Anexo IV.**

5.2. O médico obrigatoriamente deverá possuir inscrição e título de especialista em Psiquiatria devidamente registrados no CRM-PR.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

- 5.3. É imprescindível que os documentos estejam dentro do prazo de validade quando da apresentação.
- 5.4. Os documentos que omitirem a validade serão considerados como válidos pelo período de 180 dias, a contar da data de sua emissão, em conformidade com os emitidos pela Fazenda Federal, pelo princípio da analogia, ressalvados os documentos com prazos indeterminados previstos na Lei nº 8.666/93 e legislação pertinente.
- 5.5. Os proponentes deverão estar cientes da legislação que rege os prazos de validade das certidões emitidas pelos respectivos órgãos estaduais/municipais.
- 5.6. O interessado ficará responsável pela veracidade das informações prestadas no requerimento e pela veracidade dos documentos de habilitação encaminhados por e-mail.

6. DA HOMOLOGAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

- 6.1. Serão declarados credenciados todos os requerimentos que atenderem ao estabelecido no item 5, observado o disposto no item 4.
- 6.2. O presidente do CRM-PR realizará a homologação de cada credenciamento.
- 6.3. Homologado o credenciamento, o mesmo será publicado no Diário Oficial da União.
- 6.4. A homologação do requerimento vincula o credenciado, sujeitando-o, integralmente, às condições estabelecidas neste Edital e seus anexos.

7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

- 7.1. Até 05 (cinco) dias úteis antes da data fixada para o início do credenciamento, qualquer pessoa, física ou jurídica, poderá solicitar esclarecimentos, providências, ou impugnar este Edital de credenciamento mediante petição a ser enviada exclusivamente para o endereço eletrônico *licitacao@crmpr.org.br*, até às 17h, no horário de Brasília.
- 7.2. Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designado nova data para a retificação desse procedimento.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

8. DOS RECURSOS

8.1. O interessado cujo requerimento for considerado inepto poderá interpor recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da decisão, assegurada a ampla defesa e o contraditório.

9. DA VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

9.1. O presente credenciamento terá vigência de **12 (doze) meses**, contados a partir da homologação deste chamamento, podendo ser prorrogado por até 60 meses conforme Art. 57, II da Lei nº 8.666/93.

9.2. Cada interessado que tiver sua solicitação de credenciamento homologada será credenciado e assim permanecerá enquanto houver interesse por parte do CRM-PR.

10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. **A designação e a prestação de serviços de médico perito não geram nenhum vínculo trabalhista com o CRM-PR.**

10.2. Aplicam-se ao presente credenciamento a Lei nº 8.666/93 e demais normas legais pertinentes.

10.3. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei nº 8.666/93, nos princípios de direito público e, subsidiariamente, com base em outras Leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

10.4. Fica eleito o Foro da Justiça Federal de Curitiba para dirimir quaisquer dúvidas ou questões provenientes deste Edital e de seus anexos.

11. DOS ANEXOS

11.1. Integram o presente Edital:

11.1.1. Anexo I - Requisitos mínimos a constar nos laudos periciais;

11.1.2. Anexo II - Da forma de processamento e da execução da perícia;

11.1.3. Anexo III - Modelo de requerimento de pessoa física;

11.1.4. Anexo IV - Termo de confidencialidade;

11.1.5. Anexo V - Ato de concessão individualizado;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

11.1.6. Anexo VI - Declaração de dependentes;

11.1.7. Anexo VII - Declaração de contribuição previdenciária, modelo A ou B, conforme o caso.

Curitiba, 29 de outubro de 2019.

Dr. ROBERTO ISSAMU YOSIDA

Presidente do CRM-PR



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO I - REQUISITOS MÍNIMOS A CONSTAR NOS LAUDOS PERICIAIS

- 1 - Preâmbulo;
- 2 - Individualização da Perícia;
- 3 - Circunstâncias do Exame Pericial;
- 4 - Identificação do Examinado;
- 5 - Histórico;
- 6 - Exame Psiquiátrico;
- 7 - Resposta aos quesitos;
- 8 - Parecer Conclusivo.

Outros Requisitos: Conforme Resolução CFM Nº 2164/2017 Anexo I



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO II - DA FORMA DE PROCESSAMENTO E DA EXECUÇÃO DA PERÍCIA

1. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

1.1. Os serviços compreendem a realização de perícias médicas, requeridas pelo Instrutor do Procedimento Administrativo instaurado por este Conselho.

1.2. Os serviços consistem em:

1.2.1. Avaliação pericial, compreendendo a avaliação detalhada do real estado de saúde do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente;

1.2.2. O atendimento aos pacientes deverá ser prestado no endereço do consultório médico indicado no requerimento de credenciamento ou em outro local a critério do CRM-PR;

1.2.3. A realização de perícia no domicílio ou em estabelecimento hospitalar em que se encontra o periciando ficará condicionada à comprovação de impossibilidade de ambulação ou de hospitalização do periciando, na data designada para a perícia;

1.2.4. **Emissão de laudo médico pericial, com pronunciamento conclusivo sobre as condições de saúde do paciente examinado, com resposta aos quesitos formulados, observando-se, na sua elaboração, os parâmetros estabelecidos no Anexo I da Resolução CFM nº 2164/2017;**

1.2.5. Resposta a quesitos adicionais, quando necessários, encaminhados ao CRM-PR.

1.2.6. Inicialmente, o perito credenciado será contatado mediante o recebimento de um Ofício do Departamento de Processos e Sindicâncias / DEPROSIN enviado através dos Correios com Aviso de Recebimento.

1.2.7. O prazo para a entrega dos serviços começa a contar do dia seguinte ao recebimento do Ofício e do processo em CD.

1.2.8. O credenciado terá o prazo de até **60 (sessenta) dias**, a contar da solicitação do serviço, para avaliar o periciando e enviar o laudo ao CRM-PR.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

1.2.9. **A partir da avaliação pericial e emissão do laudo médico pericial, deverá remeter o laudo, com a resposta aos quesitos indicados e parecer conclusivo conforme Resolução CFM nº 2164/2017, em envelope lacrado, para a Sede do CRM-PR em Curitiba, ao Setor de Protocolo.**

1.2.10. Caso entenda necessário o Instrutor formulará quesitos adicionais, a fim de elucidar o conteúdo apostado no laudo médico pericial.

1.2.11. Os quesitos adicionais deverão ser respondidos no prazo de 05 (cinco) dias úteis, sem ônus adicionais ao credenciante.

1.2.12. O prazo estipulado no item 1.2.8 poderá ser alterado a critério do CRM-PR.

1.2.13. O valor dos honorários a serem pagos a cada médico convocado será de **R\$ 1.242,67 (Hum mil, duzentos e quarenta e dois reais e sessenta e sete centavos)** por laudo pericial apresentado, conforme categoria 8C da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM. Resolução CRM-PR 209/2018.

1.2.14. Não haverá nenhum pagamento além do previsto no item 1.2.13, seja qual for o título do motivo alegado.

2. DO PAGAMENTO DAS PERÍCIAS MÉDICAS REALIZADAS

2.1. O pagamento está condicionado a apresentação:

2.1.1. **Laudo médico pericial;**

2.1.2. **Ato de Concessão, conforme, Anexo V;**

2.1.3. **Cópia do RG ou da Carteira Nacional de Habilitação;**

2.1.4. **Anexos VI – Declaração de Dependentes e Anexo VII – Declaração de Contribuição Previdenciária, de acordo com modelo A ou B, conforme o caso.**

2.2. **Toda a documentação descrita no item 2.1 deve ser entregue na Sede do CRM-PR em Curitiba, direcionada ao Setor de Protocolo.**

2.3. **É de inteira responsabilidade do Médico Perito providenciar e encaminhar todos os documentos relacionados no item 2.1.**



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

2.4. A única fonte pagadora será o CRM-PR.

2.5. O laudo será recebido por servidor previamente designado, que providenciará a conferência e a verificação de conformidade com as condições estabelecidas neste Edital e na legislação pertinente.

2.6. O recebimento dos serviços não exclui as responsabilidades civil e penal do credenciado.

3. DO DESCREDENCIAMENTO

3.1. O credenciamento tem caráter precário. A qualquer momento, o médico perito credenciado poderá solicitar seu descredenciamento, caso não tenha mais interesse. Ademais, o credenciado ou o CRM-PR podem denunciar o credenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas neste Edital ou na legislação pertinente.

3.2. O perito credenciado que desejar iniciar o procedimento de descredenciamento deverá solicitá-lo mediante aviso escrito.

3.3. O CRM-PR pode, a qualquer momento, realizar o descredenciamento do Perito Credenciado se:

3.3.1. O credenciado executar os serviços com impropriedade explícita, sujeita à avaliação pelo Departamento de Processos e Sindicâncias / DEPROSIN;

3.3.2. Após haver o recebimento do Ofício, o credenciado afirmar desinteresse em executar a perícia, sem justificativa plausível;

3.3.3. O credenciado se recusar, após recebido o Ofício, a realizar o serviço de perícia médica indicada, salvo se comprovar, mediante justificativa circunstanciada, a impossibilidade de realizá-lo, sujeita à análise do CRM-PR.

3.3.4. O perito que não entregar o laudo ou extrapolar prazo será descredenciado imediatamente.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

4. DAS SANÇÕES

4.1. Com fundamento nos artigos 86 e 87 da Lei nº 8.666/93 o credenciado ficará sujeito, no caso de atraso injustificado, assim considerado pela Administração, a execução parcial ou a inexecução total da obrigação, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal, às seguintes penalidades:

4.1.1. Advertência: será aplicada no caso de infrações cometidas pelo credenciado que correspondam a pequenas irregularidades verificadas na execução do credenciamento, que venham ou não causar dano ao CRM-PR ou a terceiros;

4.1.2. Multa de:

4.1.2.1. 1% ao dia sobre o valor total da perícia, no caso de atraso na execução dos serviços, limitado a 05 (cinco) dias;

4.1.2.2. 10% sobre o valor total da perícia, no caso de atraso na execução do serviço por período superior ao previsto no item 4.1.2.1. Aplicada a multa a que se refere este item poderá ser convocado outro credenciado para prestar os serviços;

4.1.2.3. 10% sobre o valor total da perícia, no caso de entrega dos serviços contendo impropriedade explícita.

Curitiba, 25 de outubro de 2019.

Departamento de Processos e Sindicâncias / DEPROSIN



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO III - MODELO DE REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

NOME:

CPF:

IDENTIDADE (C/ÓRGÃO EXPEDIDOR):

DATA DE NASCIMENTO:

Nº CRM:

NÚMERO DO NIT/PIS/PASEP:

ENDEREÇO COMERCIAL:

CEP:

BAIRRO: CIDADE UF

CELULAR:

TELEFONE:

E-MAIL:

(Localidade), _____ de _____ de 2019.

Assinatura



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO IV - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____, médico (a), CRM _____, declaro estar ciente de que o Processo Administrativo instaurado pelo CRM-PR tramita em sigilo, e de que devo manter a confidencialidade de todas as informações contidas nos documentos que compõem os autos.

Estando de pleno acordo, assino a presente.

(Localidade), _____ de _____ de 2019.

Assinatura



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Eu,, médico(a), CRM-PR n.º, CPF n.º, registrado(a) no PIS/PASEP/NIT n.º, DECLARO, perante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de retenção de IRRF, que mantenho sob minha exclusiva dependência as pessoas abaixo relacionadas:

| NOME DO DEPENDENTE | DATA DE NASCIMENTO | CPF | VÍNCULO DE PARENTESCO - DEPENDÊNCIA (cônjuge, filho) | Filho ou enteado universitário ou cursando escola técnica de 2º grau |
|--------------------|--------------------|-----|---|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Declaro, ainda, que estou ciente de que deverei comunicar imediatamente o Conselho Regional de Medicina do Paraná caso haja **qualquer alteração de dependente**.

Por ser verdade, assino a presente.

(Localidade), _____ de _____ de 2019.

Assinatura



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO VII - (A) - DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Em conformidade com o que determina a Instrução Normativa MPS/RFB n.º 971, de 13 de novembro de 2009, Eu, _____, médico (a), CRM n.º _____, CPF n.º _____, registrado(a) no PIS/PASEP/NIT sob o n.º _____, DECLARO, perante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de tributação sobre pagamento de honorários de perícia médica, que **NÃO** **HÁ** recolhimento de INSS por outra fonte pagadora. **Autorizo** ao Conselho Regional de Medicina do Paraná o recolhimento mensal desse tributo pelo Regime Geral de Previdência Social.

Declaro, ainda, que, caso haja **qualquer alteração de desconto, será de minha responsabilidade o complemento da contribuição ao INSS até o limite do teto previdenciário**, bem como comunicar imediatamente o Conselho Regional de Medicina do Paraná em caso de qualquer perda de vínculo empregatício com a empresa abaixo mencionada.

Declaro, ainda, que estou ciente de que deverei renovar esta declaração a cada período de vigência, sob pena de o CRM-PR fazer a retenção do INSS após sua validade.

(Localidade), _____ de _____ de 2019.

Assinatura



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO VII - (B) - DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Em conformidade com o que determina a Instrução Normativa MPS/RFB n.º 971 de 13 de novembro de 2009, Eu,, médico (a) CRM-PR n.º, CPF N.º, registrado(a) no PIS/PASEP/NIT sob o n.º ., DECLARO, junto ao CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, sob as penas da lei, para efeito de tributação sobre perícia médica, que presto serviços à outra fonte pagadora a qual recolhe mensalmente o teto máximo de contribuição do INSS (11%) pelo Regime Geral de Previdência Social.

Declaro, ainda, que caso haja **qualquer alteração de desconto, será de minha responsabilidade o complemento da contribuição ao INSS até o limite do teto previdenciário**, bem como comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina do Paraná em caso de perda do vínculo empregatício com a empresa abaixo mencionada.

Declaro ainda, que estou ciente de que deverei renovar esta declaração a cada período de vigência, sob pena do CRM-PR fazer a retenção do INSS após sua validade.

Razão Social (nome completo da empresa):

CNPJ da empresa:

Endereço da empresa:

E-mail da empresa:

Telefones da empresa:

(Localidade), _____ de _____ de 2019.

Assinatura