

## **EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 15 /2015**

Edital de Chamamento Publico nº 15/2015, para credenciamento de prestadoras de serviços, pessoa jurídica, especializadas, especificamente para a realização de **exame de Polissonografia** que serão ofertados aos usuários do SUS do Estado do Paraná.

A **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, representada neste ato pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Michele Caputo Neto, torna público que está procedendo ao Chamamento Público para fins de **CONTRATAÇÃO**, com base na Lei 8080/90, Lei Federal 8666/93 e Lei Estadual nº 15.608/07, artigo 24, convoca todos os Prestadores de Serviços de Saúde, cadastrado no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, que tenham interesse em realizar o **exame de Polissonografia** que serão ofertados aos usuários do SUS, para que atendam a este chamamento conforme normas estabelecidas neste edital.

### **1-DO OBJETO DO EDITAL:**

O presente Edital tem por objeto formalizar a relação entre o Gestor Estadual e o prestador de serviços de saúde, cadastrado no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, para realização de **exame de Polissonografia** aos usuários do Sistema Único de Saúde, conforme metas físico - financeira programadas.

### **2-DESCRIÇÃO DO EXAME: procedimento de Polissonografia**

É o método diagnóstico mais objetivo para a avaliação do sono e de suas variáveis fisiológicas. Através do registro de três parâmetros mínimos: eletrencefalograma, eletro-oculograma e eletromiograma sub-mentoniano quantifica e qualifica o sono do indivíduo. Registra ronco, fluxo de

ar, oxigenação, posição e parâmetros acessórios como o fluxo aéreo nasal, a oximetria, o esforço respiratório, o eletrocardiograma, o eletromiograma tibial anterior, dentre outros, contribuindo para o diagnóstico de doenças relacionadas ao sono. A polissonografia pode ser feita no laboratório do sono em ambiente hospitalar ou em domicílio. No domicílio são utilizados monitores especiais miniaturizados capazes de detectar múltiplas variáveis respiratórias durante uma noite e armazená-la em sua memória. Além de oximetria e frequência de pulso, medem fluxo aéreo por termistor, som respiratório e ronco captados por microfone, posição do corpo, movimentos do corpo e respiratórios e, podem incluir EEG, EOG e ECG.

### 3-DO VALOR:

Nº de exames de Polissonografia	Valor unitário do exame	Valor mensal	Valor anual	Valor para 60 meses.
30 ( Fonte 100)	R\$ 280,00	R\$ 8.400,00	R\$ 100.800,00	R\$ 504.000,00

Foi realizado tomada de preço sendo o realizado o menor preço de mercado

### 4- DA PRÉ QUALIFICAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO:

O interessado deverá apresentar a documentação para avaliação pela Comissão de Credenciamento, segundo as regras descritas neste Edital

#### A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER APRESENTADA À:

Toda documentação deverá ser entregue na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná sito à Rua Piquiri n.º 170, bairro Rebouças, Curitiba, Pr, CEP 80230-140, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

INTERESSADO (Serviço de Saúde): .....

CNPJ: .....

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 15/2015 - **para a realização exame de Polissonografia.**

### 4.1 DOCUMENTAÇÃO

Os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

- 1- Prova da existência legal do prestador. (Estatuto, ou Contrato Social);
- 2- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- 3- Comprovante de endereço, Telefone para contato, fax e e-mail;
- 4-Alvará de Funcionamento Atualizado;
- 5- Licença Sanitária atualizada, expedido pela Vigilância Sanitária ;
- 6- Certidões Negativas de Débito da Receita Federal;
- 7- Certidão Negativa de Débitos fornecida pela Secretaria de Estado da Fazenda;
- 8- Certidão Negativa de Débitos Municipais;
- 9- Certidão negativa do Tribunal de Contas do Estado; ( **só para os públicos**)
- 10- Certificado de regularidade de situação perante o FGTS;
- 11- Certificado de regularidade de situação perante o INSS (CND);
- 12- Certificado de regularidade de Débitos Trabalhista;
- 13- Indicar o representante legal que irá assinar o Contrato, apresentar copia do RG e do CPF do mesmo;
- 14- Declaração que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- 15-Numero de exames a serem ofertados mensalmente pelo prestador. (anexoII);
- 16-Responsável técnico, com inscrição no Respectivo Conselho Regional de Exercício Profissional e com comprovante da especialidade de Medicina do Sono;
- 17-Declaração de Nepotismo.( Anexo III)

**5- PROPOSTA DE PROGRAMAÇÃO exame de Polissonografia:**

A proposta deverá conter, na forma e no conteúdo, as exigências deste Edital, especialmente o seguinte:

- 1- Nome e endereço do proponente, CNPJ, Inscrição Estadual, telefone, fax e e-mail;
- 2- Cópia da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- 3- Especificação do número de exames ofertados.

<b>Número de exames</b>	<b>Valor unitário do exame</b>	<b>Procedimento</b>
	R\$ 280,00	EXAME DE POLISSONOGRRAFIA

4-As propostas que não estiverem em consonância com as exigências deste Edital serão desconsideradas.

5-Não será aceito FAX de nenhum documento solicitado.

6-O interessado que for inabilitado terá o prazo de 05 dias úteis contados a partir do conhecimento, para recorrer quanto a sua inabilitação conforme estabelecido no art. 109, I alínea A da lei 8666/93 e suas alterações posteriores.

## **6- DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO**

Será instituída Comissão de Credenciamento, para avaliação das propostas dos prestadores que se candidatarem ao credenciamento, e análise quanto à parte técnica, que será composta pela seguinte superintendência da SESA: Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde – SGS; Chefe do DECH, DVCOC e Auditoria.

## **7- DAS CONDIÇÕES PARA HABILITAÇÃO:**

1-Serão observadas para habilitação e posterior contratações os prestadores de serviços que atenderem ao Edital .

Serão credenciadas os interessados que:

1- Apresentarem propostas e documentação completa nos termos exigidos por este Edital , para atendimento até o limite de necessidade da SESA;

2-Dispuserem de Material/equipamento para realizar o exame de Polissonografia e ter suas instalações físicas em conformidade com as normas da vigilância sanitária.

3-Os serviços a serem contratados serão referidos a uma base territorial populacional, e serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS/Paraná.

## **8-DAS PENALIDADES**

A inobservância, pelo CONTRATADO, de cláusula ou obrigação constante deste Edital de Chamamento/contrato ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente autorizará a

SESA aplicar-lhe as sanções e ao descredenciamento, assegurados o contraditório e a ampla defesa, previstas na Lei Federal nº 8.666, de 1993, Lei Estadual n.º 15.608 de 16/08/07 art. 25 VII, Artigo 150º, **as penalidades segundo Resolução SESA nº 0462/2005, Artigos 7º e 8º**: advertência escrita, advertência escrita com prazo para correção, penalidades pecuniárias com os respectivos valores, ordem de recolhimento, suspensão temporária da prestação de serviços e rescisão de contrato.

## **9- DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE ATENDIMENTO**

1- Os serviços operacionalizados pelo PRESTADOR, deverão atender às necessidades da Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser obedecidas as normas estabelecidas neste Edital de Chamamento e no contrato, aceitar o valor proposto pela Secretaria de Estado da Saúde.

2- Prestarem os exames de Polissonografia de acordo com as especificações e condições estabelecidas neste instrumento e no contrato.

3- Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará a rescisão do contrato e conseqüente descredenciamento do prestador do serviço.

4- Responsabilizar-se integralmente pelos funcionários com os quais estabeleceram vínculo empregatício, procedendo aos descontos e recolhimentos previstos em lei, inclusive os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para Secretaria de Estado da Saúde.

5- Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para seu credenciamento / contrato, inclusive de apresentar, ao setor de liberação de faturas e como condição de pagamento, os documentos se necessários.

6- O PRESTADOR se submeterá às normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, quanto ao fluxo de atendimento, realização de **exame de Polissonografia** aos usuários do SUS, sua comprovação e o pagamento administrativo.

## **10-DAS CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO:**

1- A contratação será efetivada com base neste edital e nas normas vigentes, pertinentes a matéria e após a comprovação dos requisitos técnicos e da capacidade instalada para absorver a demanda de atendimentos.

2-A prioridade no processo de contratação será de acordo com as necessidades do Gestor do SUS e, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde que estabelece a preferência para entidades públicas, filantrópicas, privadas sem fins lucrativos e privadas com fins lucrativos, nesta ordem.

3-A quantidade de exames a ser contratada dependerá da necessidade da SESA/Regional de Saúde atendida pelo prestador.

4-As informações relativas aos serviços ofertados e a capacidade instalada poderão ser certificadas através de Inspeção Sanitária da VISA e Vistoria aprovada pelo Controle e Avaliação da Regional de Saúde, sendo passível de rompimento unilateral quando constatado que as mesmas não atendem ao presente edital de convocação.

#### **11-FINANCIAMENTO:**

Serão utilizados recursos do Tesouro do Estado, Fonte 100.

#### **12- FORMA DE PAGAMENTO:**

Mensal, mediante a apresentação de processo administrativo.( Solicitação de pagamento referente aos exames realizados , Nota Fiscal, Relação dos pacientes atendidos - nome, nº de RG, Município, Exame. A empresa contratada receberá pelo número de exames efetivamente realizados.

#### **13- LOCAL**

Os interessados poderão requerer o cadastramento/credenciamento sobre Edital de Chamamento Público nº 15/2015 (para o **exame de Polissonografia**), durante o período de expediente, na Secretaria de Estado da Saúde /Superintendência de Gestão de Sistema de Saúde, sito a Rua Piquiri n.º 170, Bairro Rebouças, Curitiba, Pr, CEP 80.230-140, telefone (41) 3330-4584 33304582.

Os prestadores interessados em participar deste processo de credenciamento deverão encaminhar todos os documentos exigidos neste **Edital de Chamamento nº 15/2015 do dia 14 de julho até o dia 12 de agosto de 2015**, considerando 30 dias após a divulgação do Edital de Chamamento Público nº 15/2015 pelo site [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br) (Link Editais).

#### **14-DISPOSIÇÕES GERAIS**

O presente Edital vigorará por 60 (sessenta meses) meses contados da sua publicação no Diário Oficial do Estado do Paraná;

O Credenciamento/Contratação poderá ser solicitado a qualquer momento, dentro do prazo de vigência do Edital, **dentro do limite financeiro e necessidades da SESA;**

O edital está à disposição dos interessados no site: [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br) Links:- Editais

- a) Anexo I : Minuta do Contrato;
- b) Anexo II : Quantidade de exames a serem ofertados mensalmente pelo prestador.
- c) Anexo III : Modelo da Declaração Nepotismo.

Curitiba, 14 de julho de 2015.

**Paulo Almeida**  
Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde

**Michele Caputo Neto**  
Secretário de Estado da Saúde

MINUTA

ANEXO I

CONTRATO N° /2015 SGS  
PROCESSO N°

a RS

**CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO PARANÁ, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, E O-----, VISANDO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE POLISSONOGRAFIA AOS USUÁRIOS DO SUS.**

Pelo presente instrumento, de um lado a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 08.597.121/0001-74, com sede à Rua Piquiri nº 170, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, em exercício, **Michele Caputo Neto**, portador da carteira de identidade nº 3.048.149-6 PR e CPF nº 570.893.709-25 e de outro lado o -----, com sede na rua: ----- nº-----, -----, na cidade de -----, inscrito no CNPJ sob o nº -----, SCNES nº -----, doravante denominado **CONTRATADA**, neste ato representado legalmente pelo -----, portador da carteira de identidade nº ----- SSP/PR e CPF nº -----, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente Contrato, que reger-se-á pelo Edital de Chamamento nº 12/2015, pelas normas gerais, Lei 8080/90, Lei nº 12.401 de 28.04.2011, Lei n.º 8.666 de 21 de junho de 1993, art. 25, caput da Lei Estadual nº 15.608 de 16.08.2007, Decreto nº 6.191 de 15 de outubro de 2012, e, Decreto nº 6956 de janeiro de 2013, Decreto nº 8622 de julho de 2013, Decreto nº 10432 de 26 de março de 2014 mediante as seguintes cláusulas e condições:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA**

### **DO OBJETO**

O presente Contrato tem por objeto formalizar a relação entre o Gestor Estadual e o prestador de serviços de saúde, cadastrado no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, para realização de **exame de Polissonografia** aos usuários do Sistema Único de Saúde, conforme metas físico - financeira programadas.

## **CLÁUSULA SEGUNDA**

### **DAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO**

Na execução do presente Contrato deverão ser observadas as seguintes condições gerais:

- I- O acompanhamento e o atendimento do usuário seguem as regras estabelecidas para a referência e contra referência mediante protocolos de encaminhamento;
- II- O procedimento de Polissonografia - É o método diagnóstico objetivo para a avaliação do sono e de suas variáveis fisiológicas. Através do registro de três parâmetros mínimos: eletrencefalograma, eletro-oculograma e eletromiograma sub-mentoniano quantifica e qualifica o sono do indivíduo. Registra ronco, fluxo de ar, oxigenação, posição e parâmetros acessórios como o fluxo aéreo nasal, a oximetria, o esforço respiratório, o elctocardiograma, o eletromiograma tibial anterior, dentre outros, contribuindo para o diagnóstico de doenças relacionadas ao sono. A polissonografia pode ser feita no laboratório do sono em ambiente hospitalar ou em domicílio. No domicílio são utilizados monitores especiais miniaturizados capazes de detectar múltiplas variáveis respiratórias durante uma noite e armazená-la em sua memória. Além de oximetria e frequência de pulso, medem fluxo aéreo por termistor, som respiratório e ronco captados por microfone, posição do corpo, movimentos do corpo e respiratórios e, podem incluir EEG, EOG e ECG.
- III- Os serviços ora compromissados estão referidos a uma base territorial populacional que integram a região de abrangência/referência.
- IV- O atendimento humanizado deverá seguir as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS;

- V- Acesso universal, igualitário e integral à saúde dos usuários.
- VI- O contrato deverá ser acompanhado por gestor do contrato, de acordo com o art. 118, da Lei 15.608/07, Superintendente de Gestão de Sistema de Saúde em exercício (Paulo Almeida).
- VII- Atender a Lei nº 12.846/2013 – Anticorrupção.

### **CLÁUSULA TERCEIRA**

#### **DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

##### **A) DO CONTRATANTE:**

- I. Realizar o pagamento conforme fatura de produção apresentada até o limite físico financeiro programado.
- II. Exercer controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados na execução da programação estabelecida.
- III. Gerenciar e distribuir as quotas de exames conforme a necessidade da SESA.

##### **B) DO CONTRATADO:**

- I. Realizar os exames de Polissonografia segundo programação.
- II. Dispor de capacidade técnica, para realização dos exames.
- III. Atender os protocolos clínicos que atendam os objetivos do contrato
- IV. Manter, em seu quadro de funcionários, profissional devidamente qualificado conforme a legislação para emissão laudo, responsável técnico, com inscrição no Respectivo Conselho Regional de Exercício Profissional .
- V. Proceder ao arquivamento temporário dos exames, para que, no caso de revisão, o exame possa ser encontrado.
- VI. Prestar todas as informações e esclarecimentos necessários à execução contratual que venham a ser solicitados pela Contratante.
- VII. Não cobrar e não permitir a cobrança de complementação, a qualquer título por serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde.
- VIII. Apresentar mensalmente a solicitação de pagamento pelos exames realizados.
- IX. Responsabilizar-se integralmente pelos funcionários com os quais estabeleceram vínculo

empregatício, procedendo aos descontos e recolhimentos previstos em lei, inclusive os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para CONTRATANTE.

- I- Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para seu credenciamento / contrato, inclusive de apresentar, ao setor de liberação de faturas e como condição de pagamento, os documentos se necessários.

#### **CLÁUSULA QUARTA DOS RECURSOS FINANCEIROS**

O valor estimado do Teto Físico Financeiro Programado para a execução do presente CONTRATO importa **em até R\$ -----/mês e em até R\$ -----/ano. Totalizando o valor de R\$ -----  
-----, para 60 meses.**

Nº de exames de Polissonografia	Valor unitário do exame	Valor mensal	Valor anual
	R\$ 280,00		

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** As despesas ocorrerão conforme Dotação Orçamentária, Tesouro do Estado Fonte 100.

#### **CLÁUSULA QUINTA DAS ALTERAÇÕES**

O presente Contrato poderá ser alterado mediante a celebração de Termo Aditivo, exceto no seu objeto.

#### **CLÁUSULA SEXTA DA RESCISÃO**

**O presente Contrato poderá ser rescindido:**

- I- Pela SESA/FUNSAÚDE quando houver descumprimento de suas cláusulas e condições.

- II- Por ato unilateral e escrito da Administração nos casos enumerados no art. 78 da Lei 8.666/93.
- III- Por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para a administração.
- IV- Em caso de expressa manifestação de qualquer das partes, através de denúncia espontânea a qual deverá ser obrigatoriamente formalizada com período mínimo de antecedência de 90 (noventa) dias, sem prejuízo das obrigações assumidas até a data da extinção.
- V- Por qualquer uma das partes nas hipóteses previstas nos art. 128 a 131 da Lei Estadual nº 15.608/2007.

## **CLAUSULA SÉTIMA DA PUBLICAÇÃO**

A CONTRATANTE providenciará a publicação do extrato do presente contrato no DIOE de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei n.º 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

## **CLAUSULA OITAVA DA VIGÊNCIA**

O presente CONTRATO vigorará pelo prazo de 60 (sessenta) meses, a partir da data da assinatura.

## **CLÁUSULA NONA DAS PENALIDADES**

Os contratantes decidem aplicar ao presente contrato o disposto nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, Lei Estadual nº 15.608 de 16.08.2007, Artigo 150º, as penalidades segundo Resolução SESA nº 0462/2005, Artigos 7º e 8º: advertência escrita, advertência escrita com prazo para correção, penalidades pecuniárias com os respectivos valores, ordem de recolhimento, suspensão temporária da prestação de serviços e rescisão de contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Denúncias relacionadas ao atendimento e cobranças indevidas, bem como o não cumprimento deste Contrato, estarão sujeitas as penalidades previstas na legislação:

advertência escrita, advertência escrita com prazo para correção, penalidades pecuniárias, ordem de recolhimento, suspensão temporária da prestação de serviços e rescisão de contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA**  
**DOS CASOS OMISSOS**

Fica definido que as questões que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes serão encaminhadas à Comissão Intergestores Bipartite.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**  
**DO FORO**

Fica eleito o foro da Comarca de Curitiba, Estado do Paraná, para dirimir questões sobre a execução do presente Contrato e seus aditivos que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes.

E, por estarem, assim, justos e acordados, as partes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Curitiba, ---de ----- de 2015.

Michele Caputo Neto  
Secretário de Estado da Saúde

-----  
-----

**TESTEMUNHA**

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

**TESTEMUNHA**

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

**Anexo II**

**Edital de Chamamento Público nº. 15/2015**  
**Exame de Polissonografia**

Nome do Serviço -----	
Razão Social : _____	
CNPJ: _____	CNES: _____
Município: _____	RS: _____

**Procedimento de Polissonografia**

É o método diagnóstico com objetivo de avaliar o sono e suas variáveis fisiológicas.

Número de exames ofertados	Procedimento
	Exame de <b>Polissonografia hospitalar</b>

Através do registro de três parâmetros mínimos: eletrencefalograma, eletro-oculograma e eletromiograma sub-mentoniano quantifica e qualifica o sono do indivíduo. Registra ronco, fluxo de ar, oxigenação, posição e parâmetros acessórios como o fluxo aéreo nasal, a oximetria, o esforço respiratório, o eletrocardiograma, o eletromiograma tibial anterior, dentre outros, contribuindo para o diagnóstico de doenças relacionadas ao sono. A polissonografia pode ser feita no laboratório do sono em ambiente hospitalar.

Número de exames ofertados	Procedimento
	Exame de <b>Polissonografia domiciliar</b>

No domicílio são utilizados monitores especiais miniaturizados capazes de detectar múltiplas variáveis respiratórias durante uma noite e armazená-la em sua memória. Além de oximetria e frequência de pulso, medem fluxo aéreo por termistor, som respiratório e ronco captados por microfone, posição do corpo, movimentos do corpo e respiratórios e, podem incluir EEG, EOG e ECG. A polissonografia pode ser feita em domicílio.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

Nº RG: \_\_\_\_\_

Nº CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico

Nº RG: \_\_\_\_\_

Nº CPF: \_\_\_\_\_

Obs. ( Ficha para preenchimento pelo prestador)

**ANEXO III**  
**(MODELO – USAR PAPEL TIMBRADO DA ENTIDADE)**

**DECLARAÇÃO**

O serviço \_\_\_\_\_ declara para os devidos fins de direito, que não possui em seu quadro de dirigentes ou controladores membros do Poder Executivo ou servidor, da Secretaria de Saúde/FUNSAÚDE, do Legislativo Municipal ou Estadual, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros e parentes em linha reta, colateral ou por afinidade até o 3º grau.

\_\_\_\_\_ (Cidade), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Entidade