|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO UNIMED | **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** | **Código: FOR CMP 004** |
| **ÁREA/RECURSO PRÓPRIO:****OPERADORA/HUOP** |
| Atividade: QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORResponsável: **Supervisora de compras** |

**ANEXO III– Checklist de Solicitação de Documentação de Fornecedor de OPME**

**Fornecedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

Segue abaixo as documentações necessárias para Cadastro de Fornecedor e cumprimento das Boas Práticas:

|  |  |
| --- | --- |
| **PESSOA JURIDICA**  | **PESSOA FISICA**  |
| **Ficha de cadastro preenchida**  | **Cópia do RG** |
| **Carta CNPJ**  | **Cópia do CPF** |
| **RG E CPF dos proprietários**  | **Nº de inscrição INSS e/ ou PIS** |
| **Contrato Social**  | **Inscrição do ISS (se aplicável)** |
| **Certificado de boas práticas de distribuição de armazenamento (CBPDA)**  | **Modelo de contrato (se aplicável)** |
| **Autorização de funcionamento ANVISA**  |  |
| **Alvará Sanitário** |  |
| **Alvará de localização e funcionamento**  |  |
| **Atestado de responsabilidade técnica**  |  |
| **Inscrição municipal/estadual** |  |
| **Declaração de Regime de Tributos**  |  |

**IMPORTANTE ENVIAR:**

* **Projeto socioambiental (se houver).**
* **Certificado de qualidade (se houver) a homologação será imediata.**

**Obs.:** No caso de documentação vencida, anexar o protocolo de solicitação de renovação, o fornecedor só será cadastrado mediante as documentações e se necessário solicitaremos outras documentações pertinentes.

**Observação:**

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