**ANEXO II**

**CREDENCIAMENTO 045/2023**

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO REQUERENTE** | |
| **NOME/RAZÃO SOCIAL:** |  |
| **CNPJ/CPF/MF...............:** |  |
| **ENDEREÇO...................:** |  |

Venho pelo presente requerer o meu credenciamento, para a prestação de serviços de médicos, nos termos e condições previstas no Edital de Credenciamento nº 114/2023, concordando com todas as condições previstas, inclusive com os valores a serem pagos.

Na oportunidade, encaminho a documentação necessária ao credenciamento.

Termos em que peço e aguardo deferimento.

Bonfinópolis de Minas, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

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

**REQUERENTE**

**ANEXO III**

**CREDENCIAMENTO N° 045/2023**

**DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR**

.............................................................................................., inscrito no CPF/MF ou CNPJ nº ........................................, com sede a ................................., por intermédio de seu representante o(a) Sr(a) ......................................., portador da Carteira de Identidade nº ................................... e do CPF nº ............................................, residente e domiciliado a ..............................., DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

...............................................

(data)

............................................................

Assinatura e carimbo

(representante legal)

**ANEXO IV**

**CREDENCIAMENTO N° 045/2023**

**DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO COMO BENEFICIÁRIA DA LEI COMPLEMENTAR N. 123/2006 – SIMPLES NACIONAL**

**DECLARAÇÃO**

(Razão Social da Licitante).........................................., inscrita no CNPJ no.........................., com sede a ........................, por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr.(a.)............................................, residente e domiciliado a ....................., portador(a) da Carteira de Identidade nº .............................e do CPF no ........................................., **DECLARA**, para fins do disposto no subitem 4.10 do **Edital de Credenciamento nº 114/2023**, sob as sanções administrativas cabíveis e sob as penas da lei, que esta empresa, na presente data, é beneficiária da **Lei Complementar no 123, de 14/12/2006**.

**DECLARA** ainda, que a empresa está excluída das vedações constantes do parágrafo 4o do art. 3º da Lei Complementar supracitada.

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

(Local/Data)

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

(Nome e Assinatura do Representante Legal)

**ANEXO V**

**CREDENCIAMENTO 045/2023**

**TERMO DE COMPROMETIMENTO**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometo-me a assumir os atendimentos/consultas, a serem prestados no Município de Bonfinópolis de Minas, de acordo com escala/tabela estabelecida pela Secretária de Saúde do mesmo, bem como de acordo com as demandadas.

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

(Local/Data)

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

(Nome e Assinatura do Representante Legal)

**ANEXO  VI**

**CREDENCIAMENTO N° 045/2023**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO/CONCORDÂNCIA COM EDITAL**

Declaro para todos os fins de direito, concordar com as condições do edital de credenciamento no tocante à forma de atendimento, instalações e Valor de Referência, comprometo a fornecer as informações ou documentos solicitados referentes aos atendimentos realizados. Estamos cientes de que a qualquer momento poderá ser cancelado o credenciamento tendo conhecimento que nos é vedado cobrar quaisquer honorários do beneficiário.

.........................................................................., ....... de ......................... de 2024.

..................................................................................................................................

Nome:

CPF/CNPJ:

**ANEXO VIII**

**MODELO DE PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 114/2023**

**INEXIGIBILIDADE POR CREDENCIAMENTO Nº 045/2023**

**À PREFEITURA MUNICIPAL DE BONFINÓPOLIS DE MINAS-MG**

**AC/ Comissão Permanente de Licitação**

**EMPRESA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CNPJ/MF**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_INSCRIÇÃO ESTADUAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS BANCÁRIOS DA EMPRESA** | | |
| BANCO | AGÊNCIA | CONTA CORRENTE |
|  |  |  |

Prezados Senhores

Comissão Permanente de Licitações

Apresentamos nossa proposta para o fornecimento dos itens abaixo discriminados e quantidade para o Credenciamento:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***UNID*** | ***QUANTIDADE ESTIMADA***  ***MENSAL*** | ***DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO*** | **VALOR MENSAL/**  **PROCEDIMENTO** |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO  ANGIOLOGISTA | R$160,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO CARDIOLOGISTA | R$150,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO DERMATOLOGISTA | R$160,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA | R$160,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO GERIATRA | R$160,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO GINECOLOGISTA | R$150,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO NEUROLOGISTA | R$140,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO  ORTOPEDISTA | R$145,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA | R$160,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO PEDIATRA | R$160,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO PSIQUIATRA | R$125,00 |
| **ATENDIMENTO/**  **CONSULTA** | 60 | SERVIÇO MÉDICO UROLOGISTA | R$190,00 |
| **PROCEDIMENTO** | 100 | SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADO EM ULTRASONOGRAFIA PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL E EMERGENCIAL NA UNIDADE BASICA DE SAUDE DO BAIRRO CENTRO, NUM TOTAL DE ATÉ 100 (CEM) PROCEDIMENTOS MENSAIS**.** | R$80,00 |

Declaro que nos preços mantidos na proposta escrita e naqueles que porventura vierem a ser ofertados através de lances verbais, estão incluídos todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros de qualquer natureza que se fizerem indispensáveis à perfeita entrega dos serviços objeto do presente certame.

Local/Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL

Assinatura

Carimbo c/CNPJ