



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA – TO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

ANEXO II
MODELO DE DECLARAÇÃO
EM ATENDIMENTO AO ART. 27, INC. V
DA LEI Nº 8.666/93 E ART. 7º, INC. XXXIII DA CF.

À

Comissão Especial de Credenciamento

DEMANDANTE: Fundo Municipal Saúde.

CREDENCIAMENTO Nº 001/2021

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 001-2021/CR01

OBJETO: CREDENCIAR/CONTRATAR pessoas físicas/jurídicas destinadas a prestação de serviços de profissionais na área da Saúde no Município de Aliança do Tocantins – TO, os Serviços serão executados nas Unidades Básicas de Saúde / Atenção Básica – Rede de Saúde Pública Municipal, e ambulatório COVID.

A empresa _____ (Razão social), nome fantasia _____ inscrita no CNPJ nº _____, na Inscrição Estadual nº _____, com sede na _____, (endereço completo, rua, nº, Quadra, Lote, Setor, CEP,) Cidade-UF, Telefone(xx)xx), e-mail: xxxxxxxxxxxxxx, através de seu representante legal/procurador o(a) Sr.(a) _____, nacionalidade, estado civil, profissão, portador(a) do Documento de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado à (endereço completo, rua, nº, Quadra, Lote, Setor, CEP, Cidade, Telefone(xx)xxx), e mail____; **DECLARA**, para fins de participação no **CREDENCIAMENTO Nº 001/2021**, cujo objeto é **a prestação de Serviços de profissionais na área da saúde no Município de Aliança do Tocantins – TO. Os Serviços serão executados nas Unidades Básicas de Saúde / Atenção Básica – Rede de Saúde Pública– Conforme Termo de Referência (anexo I).** conforme o disposto no inciso V, do Art. 27 da Lei Federal nº 8.666/93, acrescido pela Lei Federal nº 9.854/99, **que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho ou em serviços perigosos ou insalubres, e ainda que, não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, conforme determina a Constituição Federal.**

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Cidade-UF, aos ____ dias do mês de _____ 2021.

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA
Nome, Função na Empresa
e Assinatura do Representante Legal

Este documento é meramente exemplificativo devendo ser apresentado em papel timbrado da empresa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA – TO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO
DE ACEITAÇÃO DO PREÇO APRESENTADO

À
Comissão Especial de Credenciamento
FUNDO MUNICIPAL SAÚDE.
CRENCIAMENTO Nº001/2021

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 001-2021/CR01

Objetivo: CREDENCIAR/CONTRATAR pessoas físicas/jurídicas destinadas a prestação de serviços de profissionais na área da Saúde no Município de Aliança do Tocantins – TO, os Serviços serão executados nas Unidades Básicas de Saúde / Atenção Básica – Rede de Saúde Pública Municipal, e ambulatório COVID.

A empresa / Pessoa física _____ (Razão social), nome fantasia _____ inscrita no CNPJ/CPF nº _____, na Inscrição Estadual nº _____, com sede na _____, (endereço completo, rua, nº, Quadra, Lote, Setor, CEP,) Cidade-UF, Telefone(xx)xx), e-mail: xxxxxxxxxxxx, através de seu representante legal/procurador o(a) Sr.(a) _____, nacionalidade, estado civil, profissão, portador(a) do Documento Identidade nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado à (endereço completo, rua, nº, Quadra, Lote, Setor, CEP, Cidade, Telefone(xx)xxx), e-mail____; **DECLARA**, para fins de participação no **CRENCIAMENTO Nº 001/2021, cujo objeto: CREDENCIAR/CONTRATAR** pessoas físicas/jurídicas destinadas a prestação de serviços de profissionais na área da Saúde no Município de Aliança do Tocantins – TO, os Serviços serão executados nas Unidades Básicas de Saúde / Atenção Básica – Rede de Saúde Pública Municipal.

DECLARO: Plenamente em prestar os serviços pelo preço apresentado pelo Fundo Municipal de Saúde de Aliança - TO, conforme o valor determinado no item, do Edital deste CRENCIAMENTO 001/2021.

Por ser verdade, firma a presente declaração.

Cidade-UF, aos ____ dias do mês de _____ 2021.

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA
Nome, Função na Empresa
e Assinatura do Representante Legal

Este documento é meramente exemplificativo.

ANEXO – IV

Edital Chamamento Público nº 001/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA – TO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

MODELO: “DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO E DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO”

À

Comissão Especial de Credenciamento

FUNDO MUNICIPAL SAÚDE.

CRENCIAMENTO Nº001/2021

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 001-2021/CR01

Objetivo: CREDENCIAR/CONTRATAR pessoas físicas/jurídicas destinadas a prestação de serviços de profissionais na área da Saúde no Município de Aliança do Tocantins – TO, os Serviços serão executados nas Unidades Básicas de Saúde / Atenção Básica – Rede de Saúde Pública Municipal, e ambulatório COVID.

A(O) (NOME DA EMPRESA), com end. sede no Endereço _____, inscrita no CNPJ/MF sob no nº. _____, representada neste ato por _____, nacionalidade, _____, inscrito no RG sob o nº _____, e no CPF sob o nº _____, in fine assinado, devido ao interesse em participar do credenciamento, em epígrafe que se encontra autuada no processo administrativo acima indicado, cujo objeto é, contratação de profissionais médicos na área da saúde , promovida pelo Fundo Municipal de Saúde de Aliança do Tocantins - TO, DECLARA, sob as penas da Lei, que:

- a) Até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente Processo de Credenciamento, assim como que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- b) Encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, não mantendo em seu quadro de pessoal menores de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho ou em serviços perigosos ou insalubres, não possuindo ainda, qualquer trabalho de menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Cidade-UF, aos ____ dias do mês de _____ 2021.

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

*Nome, Função na Empresa
e Assinatura do Representante Legal*

Este documento é meramente exemplificativo devendo ser apresentado em papel timbrado da empresa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA – TO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

ANEXO V

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM O
MUNICÍPIO DE ALIANÇA -TO**

À

Comissão Especial de Credenciamento

FUNDO MUNICIPAL SAÚDE.

CRENCIAMENTO Nº001/2021

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 001-2021/CR

Objetivo: CREDENCIAR/CONTRATAR pessoas físicas/jurídicas destinadas a prestação de serviços de profissionais na área da Saúde no Município de Aliança do Tocantins – TO, os Serviços serão executados nas Unidades Básicas de Saúde / Atenção Básica – Rede de Saúde Pública Municipal, e ambulatório COVID.

A empresa _____ (Razão social), nome fantasia _____ inscrita no CNPJ nº _____, na Inscrição Estadual nº _____, com sede na _____, (endereço completo, rua, nº, Quadra, Lote, Setor, CEP,) Cidade UF, Telefone(xx)xx), e-mail: xxxxxxxxxxxxxx, através de seu representante legal/procurador o(a) Sr.(a) _____, nacionalidade, estado civil, profissão, portador(a) do Documento de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado à (endereço completo, rua, nº, Quadra, Lote, Setor, CEP, Cidade, Telefone(xx)xxx), e-mail _____; **DECLARA**, para todos os fins, especialmente para cumprimento da habilitação no **CRENCIAMENTO Nº 001/2021**, sob as penalidades da lei, **que os diretores, responsáveis legais ou técnicos, membro de conselho técnico, fiscal, consultivo, deliberativo ou administrativo, sócios, administradores e gerentes** da empresa acima identificada, da qual somos representantes, **não mantém qualquer CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA OU INDIRETA** do Município de Aliança/TO, nos termos do Art. 9º, inciso III, da Lei nº 8666/93 e Art. 17, inciso XI, da Lei nº 13.707/18. **DECLARA**, ainda, que os seus sócios gerentes e/ou sócios administradores **NÃO mantém qualquer CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA OU INDIRETA FEDERAL OU ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA OU INDIRETA DO ESTADO DO TOCANTINS OU OUTROS ESTADOS DA FEDERAÇÃO**, nos termos do Art. 117, inciso X, da Lei Federal nº 8.112/90 e Art. 134, inciso X, da Lei Estadual nº 1.818/2007.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Cidade-UF, aos ____ dias do mês de _____ 2021.

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

Nome, Função na Empresa.

Assinatura do Representante Legal da Empresa

Obs.: Este documento é meramente exemplificativo devendo ser apresentado em papel timbrado da empresa



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA – TO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

ANEXO VII
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

CRENCIAR/CONTRATAR pessoas físicas/jurídicas destinadas a prestação de serviços de profissionais na área da Saúde no Município de Aliança do Tocantins – TO, os Serviços serão executados nas Unidades Básicas de Saúde / Atenção Básica – Rede de Saúde Pública Municipal, e ambulatório COVID – conforme “Termo de Referência”.

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO

PESSOA JURÍDICA:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

DADOS DA PESSOA RESPONSÁVEL PELA EMPRESA

Nome completo:

Estado Civil:

Nacionalidade:

RG:

CPF:

Profissão:

Data de Nascimento:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

ASSINALE ABAIXO O ITEM PROPOSTO:

- ITEM 1 - Médico Clínico Geral (PLANTÃO 24 HORAS)
- ITEM 2 – Médico Clínico Geral (PLANTÃO 14 HORAS)
- ITEM 3 – Médico Clínico Geral (PLANTÃO 12 HORAS)
- ITEM 4 - Médico Clínico Geral Especialista Saúde da Família – UBS I- (40 horas)
- ITEM 5 - Médico Clínico Geral Especialista Saúde da Família – UBS II -(40 horas)
- ITEM 6 - Médico Clínico Especialista – COVID 19
- ITEM 7 - Médico Especialista Ortopedista.
- ITEM 8 - Médico Especialista Ginecologista.
- ITEM 9 - Médico Especialista Psiquiatra.
- ITEM 10 - Médico Especialista Oftalmologista.
- ITEM 11- Médico Especialista Cardiologista.

Ao assinar esta ficha de inscrição, declaro ter ciência do EDITAL CREDENCIAMENTO N°001/2021, bem como concordar com os termos que o regem.

ALIANÇA -TO; ____/____/2021

Assinatura do candidato



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA – TO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

ANEXO VIII
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

CRENCIAR/CONTRATAR pessoas físicas/jurídicas destinadas a prestação de serviços de profissionais na área da Saúde no Município de Aliança do Tocantins – TO, os Serviços serão executados nas Unidades Básicas de Saúde / Atenção Básica – Rede de Saúde Pública Municipal, e ambulatório COVID – conforme “Termo de Referência”.

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO

PESSOA FÍSICA:

CRM:

RG:

CPF:

Inscrição Estadual:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

ASSINALE ABAIXO O ITEM PROPOSTO:

- ITEM 1 - Médico Clínico Geral (PLANTÃO 24 HORAS)
- ITEM 2 – Médico Clínico Geral (PLANTÃO 14 HORAS)
- ITEM 3 – Médico Clínico Geral (PLANTÃO 12 HORAS)
- ITEM 4 - Médico Clínico Geral Especialista Saúde da Família – UBS I– (40 horas)
- ITEM 5 - Médico Clínico Geral Especialista Saúde da Família – UBS II -(40 horas)
- ITEM 6 - Médico Clínico Especialista – COVID 19
- ITEM 7 - Médico Especialista Ortopedista.
- ITEM 8 - Médico Especialista Ginecologista.
- ITEM 9 - Médico Especialista Psiquiatra.
- ITEM 10 - Médico Especialista Oftalmologista.
- ITEM 11- Médico Especialista Cardiologista.

Ao assinar esta ficha de inscrição, declaro ter ciência do EDITAL CREDENCIAMENTO Nº001/2021, bem como concordar com os termos que o regem.

ALIANÇA -TO; ____/____/2021

Assinatura do candidato



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA – TO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ADM. 2021/2024

ANEXO – IX
MODELO CARTA PROPOSTA

Local e data

ÀO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
ALIANÇA DO TOCANTINS – TO

REF.: CREDENCIAMENTO N°001/2021

Prezados Senhores,

Apresentamos a Vossas Senhorias nossa documentação exigida para a execução dos serviços constantes do Edital de Credenciamento N° 001/2021, especificamente com relação aos serviços abaixo assinalados:

- () ITEM 1 - Médico Clínico Geral (PLANTÃO 24 HORAS)
- () ITEM 2 – Médico Clínico Geral (PLANTÃO 14 HORAS)
- () ITEM 3 – Médico Clínico Geral (PLANTÃO 12 HORAS)
- () ITEM 4 - Médico Clínico Geral Especialista Saúde da Família – UBS I– (40 horas)
- () ITEM 5 - Médico Clínico Geral Especialista Saúde da Família – UBS II -(40 horas)
- () ITEM 6 - Médico Clínico Especialista – COVID 19
- () ITEM 7 - Médico Especialista Ortopedista.
- () ITEM 8 - Médico Especialista Ginecologista.
- () ITEM 9 - Médico Especialista Psiquiatra.
- () ITEM 10 - Médico Especialista Oftalmologista.
- () ITEM 11- Médico Especialista Cardiologista.

Manifestamos, neste ato, nossa concordância com os preços fixados pelo Fundo Municipal de Saúde, constantes do anexo I do processo em referência. Informamos que o prazo de validade da nossa proposta é de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data da apresentação da nossa documentação junto à Comissão de Licitação.

Segue, em anexo, toda documentação requerida para Habilitação, tudo, de acordo com o citado edital.

Declaramos, sob as penas da Lei, que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no edital e seus anexos e que não existe nenhum fato impeditivo que possa obstar a nossa participação no referido processo.

Anexos: Documentos de habilitação

Atenciosamente,

Nome do Proponente
CPF N° _____ - ____