

ANEXO II
DECLARAÇÃO /PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO

EDITAL INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 01/2024
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 09/2024

EMPRESA: XXXXXXXXXXXXXXXX
CNPJ: XXXXXXXXXXXXXXXX
MUNICÍPIO: XXXXXXXXXXXXXXXX
REPRESENTANTE LEGAL: XXXXXXXXXXXXXXXX
CPF/RG: XXXXXXXXXXXXXXXX

Declara, para fins de participação no **CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO** que:

- a) conhece e aceita as condições de **CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM ANESTEIOLOGISTA PARA ATENDIMENTO DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DR.AFONSO PAVIE.**, a saber:
- b) Que deseja se credenciar nos seguintes procedimentos:

ITEM	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA	VALOR UNIT
ATENDIMENTO NA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DR. AFONSO PAVIE			
01	CONTRATAÇÃO DE MEDICO ANESTESIOLOGISTA - ESPECIALIDADE ANESTESIOLOGIA, SENDO 12 (DOZE) HORAS PRESENCIAIS (DAS 07:00 ÀS 19:00 HORAS) DE SEGUNDA A SEXTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ANESTESIA EM ATENDIMENTO DE CIRURGIAS HOSPITALARES.	900	R\$ 350,00
02	CONTRATAÇÃO DE CONSULTA PRE -ANESTÉSICAS. CONSULTA FEITA PARA QUE O MÉDICO AVALIE A CONDIÇÃO DO PACIENTE PARA A CIRURGIA. NELA, O ANESTESIOLOGISTA IRÁ CONHECER O HISTÓRICO MÉDICO DO PACIENTE, MAPEANDO O USO DE MEDICAMENTOS, PROCEDIMENTOS PRÉVIOS, ALERGIAS E OUTRAS QUESTÕES QUE O ESPECIALISTA JULGAR NECESSÁRIO.	800	R\$ 70,00

Obs: constar apenas o(s) procedimento(s) no qual se pretende credenciar.

Somente serão pagos os procedimentos efetivamente realizados. O pagamento ocorrerá até o dia 20 (vinte) do mês subsequente a prestação de serviço, mediante apresentação de Nota Fiscal e relatório devidamente atestado pelos órgãos competentes, atestando a efetividade dos procedimentos realizados.

Para a realização dos serviços médicos que são objeto do **CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº 01/2024** os seguintes profissionais médicos:

- Nome do Médico CPF/RG CRM

Data, identificação e assinatura do interessado.

ANEXO III COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE

EDITAL INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 01/2024

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 09/2024

EMPRESA: XXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ: XXXXXXXXXXXXXXXX

MUNICÍPIO: XXXXXXXXXXXXXXXX

REPRESENTANTE LEGAL: XXXXXXXXXXXXXXXX

CPF/RG: XXXXXXXXXXXXXXXX

O interessado declara que estará disponível, no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas após a assinatura do termo de CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO, para ingresso na escala e efetivo exercício da prestação do serviço objeto do CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO, para tanto, indica o presente profissional médico para a prestação dos serviços:

- Nome do Médico	CPF/RG	CRM
------------------	--------	-----

Data, identificação e assinatura do interessado.

ANEXO IV
DECLARAÇÃO CONJUNTA

EDITAL INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 01/2024

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 09/2024

EMPRESA: XXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ: XXXXXXXXXXXXXXXX

MUNICÍPIO: XXXXXXXXXXXXXXXX

REPRESENTANTE LEGAL: XXXXXXXXXXXXXXXX

CPF/RG: XXXXXXXXXXXXXXXX

Declara que não incorre em qualquer dos impedimentos a seguir:

- Não foi declarado inidôneo por ato do Poder Público;
- Não está impedido de transacionar com a administração pública ou com qualquer das suas entidades da administração indireta;
- Não teve contrato rescindido, por deficiência dos serviços prestados, ou por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;
- Não possui débitos com os órgãos da Administração direta ou indireta do Município;
- Não estão em curso procedimentos de execução que poderão acarretar futura constrição judicial e responsabilidade patrimonial relevante, assim considerada aquela que ocasionar condenação ao pagamento de importância superior a um décimo do capital social, e também que não foi contratada operação financeira que implique em endividamento nas mesmas proporções.

Se o interessado for pessoa jurídica com fins lucrativos, declara também que:

- Não se encontra sob processo de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial;
- Que os seus sócios, funcionários ou colaboradores contratados não são servidores ou ocupantes de cargo, emprego ou função de direção, chefia, assessoramento ou função de confiança na FHAP, nos termos da Lei 14.133 c/c o § 4º do art. 26 da Lei 8.080/90;

Se o interessado for pessoa jurídica sem fins lucrativos, declara também

que:

- Não se encontra sob processo de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial;
- Que os seus sócios, funcionários ou colaboradores contratados não são servidores ou ocupantes de cargo, emprego ou função de direção, chefia, assessoramento ou função de confiança na FHAP, nos termos da lei 14.133 c/c o § 4º do art. 26 da Lei 8.080/90;
- Não ter descumprido quaisquer cláusulas previstas em ajustes anteriores celebrados com a FHAP, não ter utilizado recursos recebidos em desacordo com o Plano de Trabalho ou incorrido em falsidade ou incorreção de informação em qualquer documento apresentado, ou ainda que apresente qualquer irregularidade na prestação de contas de qualquer parcela
- **DECLARA**, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos.

Por ser verdade, firmo a presente, nos termos e sob as penas da lei.

Data, identificação e assinatura.

ANEXO V
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO FORMAL DE MANUTENÇÃO DO
PROFISSIONAL

EDITAL INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 001/2024
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 09/2024

EMPRESA: XXXXXXXXXXXXXXXX
CNPJ: XXXXXXXXXXXXXXXX
MUNICÍPIO: XXXXXXXXXXXXXXXX
REPRESENTANTE LEGAL: XXXXXXXXXXXXXXXX
CPF/RG: XXXXXXXXXXXXXXXX

Declara, para todos os fins, que manterá no quadro permanente, a partir da data de início efetivo da prestação dos serviços, o (s) profissional (is) abaixo relacionados (s) e que, em caso de dispensa, o (s) substituiremos por profissional do mesmo nível e com qualificação compatível, sempre com a anuência prévia da Fundação Hospitalar.

Os profissionais que prestarão os serviços com as respectivas inscrições nos Conselho Regional competente são os a seguir relacionados:

- Nome do Médico	CPF/RG	CRM
------------------	--------	-----

Data, identificação e assinatura.