**ANEXO II**

**CREDENCIAMENTO 044/2023**

**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 113/2023, 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° 044/2023**

**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° 044/2023**

**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 113/2023**, 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 044/2023**

**TERMO DE COMPROMETIMENTO COM OS PLANTÕES ASSUMIDOS**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometo-me a assumir os seguintes plantões, a serem prestados no Município de Bonfinópolis de Minas, de acordo com escala/tabela estabelecida pelo (a) Secretário(a) de Saúde do mesmo, bem como de acordo com as urgências ora demandadas.

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

(Local/Data)

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

(Nome e Assinatura do Representante Legal)

**ANEXO  VI**

**CREDENCIAMENTO N° 044/2023**

**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 plantões realizados. Estamos cientes de que a qualquer momento poderá ser cancelado o credenciamento tendo conhecimento que nos é vedado cobrar quaisquer honorários do beneficiário do plantão.

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

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

Nome:

CPF/CNPJ:

**ANEXO VIII**

**MODELO DE PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 113/2023**

**INEXIGIBILIDADE POR CREDENCIAMENTO Nº 044/2023**

**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***  ***ANUAL*** | ***DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO*** | **VALOR PLANTÃO/**  **MENSAL** | **VALOR**  **TOTAL** |
| **PLANTÃO** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO EM REGIME DE SOBRE AVISO 10 (DEZ HORAS), PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE – CENTRO. | R$900,00 | R$ |
| **PLANTÃO** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO EM REGIME DE SOBRE AVISO 12 (DOZE HORAS), PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE – CENTRO. | R$1.100,00 | R$ |
| **PLANTÃO** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO EM REGIME DE SOBRE AVISO 14 (QUATORZE HORAS), PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE – CENTRO. | R$1.280,00 | R$ |
| **PLANTÃO** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO EM REGIME DE SOBRE AVISO 16 (DEZESSEIS HORAS), PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE – CENTRO. | R$1.460,00 | R$ |
| **PLANTÃO** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO EM REGIME DE SOBRE AVISO 24 (VINTE E QUATRO HORAS), PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE – CENTRO. | R$2.200,00 | R$ |
| **MENSAL ANUAL** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO EM REGIME DE SOBRE AVISO 24 (VINTE E QUATRO HORAS), PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE – EM DIAS FESTIVOS COMO NATAL E REVEILLON, SABADO E DOMINGO DE CARNAVAL E FESTA AGROPECUARIA. | R$2.700,00 | R$ |
| **MENSAL** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO SOBRE NO PROGRAMA SAUDE EM CASA, NUM TOTAL DE ATÉ 20 (VINTE HORAS SEMANAIS). | R$10.000,00 | R$ |
| **MENSAL** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO SOBRE NO PROGRAMA SAUDE EM CASA, NUM TOTAL DE ATÉ 30 (TRINTA HORAS SEMANAIS). | R$15.000,00 | R$ |
| **MENSAL** |  | SERVIÇOS MÉDICOS DE CLINICO GERAL, PARA ATENDIMENTO SOBRE NO PROGRAMA SAUDE EM CASA, NUM TOTAL DE 40 (QUARENTA) HORAS SEMANAIS. | R$20.000,00 | R$ |

Valor Total do Credenciamento: **R$XXX (xxxxxx).**

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