**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2020**

**ANEXO II – TABELA DE ESPECIALIDADES E PREÇO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **SERVIÇOS MÉDICOS** | **UNID.** | **Nº DE PROF.** | **VALOR UNITARIO POR PLANTÃO** | **TOTAL MENSAL DO CONTRATO** |
| 1 | Serviço de Pediatria e Neotologia:  - plantão sobre aviso (24 horas). | 366  PLANTÕES | ATÉ 06 | R$ 1.200,00  POR PLANTÃO | R$ 439.200,00 |

**VALOR ANUAL:** R$ 439.200,00 (quatrocentos e trinta e nove mil e duzentos reais).

Nova Andradina/MS, 27 de março de 2020.

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2020**

**ANEXO III - MODELO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

À

Fundação Serviços de Saúde de Nova Andradina – FUNSAU - NA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,estabelecida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem, requerer o seu credenciamento nos termos do Edital de Credenciamento nº 001/2020, para prestação de serviços na área de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assim, manifesto concordância com os termos do edital e da minuta do contrato-padrão adotado pela Fundação Serviços de Saúde de Nova Andradina – FUNSAU - NA, do qual tenho plena ciência, inclusive quanto aos preços oferecidos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Carimbo e Assinatura

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2020**

**ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Declaro, sob as penas da Lei, para fins do Credenciamento nº 001/2020 que\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no (CPF ou CNPJ/MF) sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com endereço à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, não foi declarada INIDÔNEA para contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV, do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93, bem como que comunicarei qualquer fato ou evento superveniente à entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação quanto à capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e idoneidade econômico-financeira.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Carimbo e Assinatura

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2020**

**ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no (CPF ou CNPJ/MF) sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei que, em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII, Art. 7º da Constituição da República e inciso V do Art. 27º da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações, acrescido pela Lei nº 9.854 de 27 de Outubro de 1999, regulamentado pelo Decreto nº 4.358/2002, que não emprega menor de 18(dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e menor de 16(dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14(quatorze) anos.

Por ser verdade, firmo a presente, para que se possam tomar efeitos legais.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Carimbo e Assinatura

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2020**

**ANEXO VI – PROPOSTA**

**Assunto: Credenciamento**

Pretendendo colaborar com o atendimento a população na prestação de serviço na área \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaramos, para todos os fins de direito, concordar com todas as condições do Edital e seus anexos, em especial a forma de atendimento e tabela de preços.

Comprometemo-nos a fornecer a Comissão Permanente de Licitação e Diretor Geral da Fundação Serviços de Saúde de Nova Andradina – FUNSAU – NA, sempre que solicitado, quaisquer informações ou documentos solicitados.

Estamos cientes de que a qualquer momento a Fundação Serviços de Saúde de Nova Andradina – FUNSAU – NA poderá cancelar o credenciamento e rescindir o contrato de credenciamento.

Com o objetivo de manter o cadastro de credenciamento sempre atualizado, informaremos de imediato, toda e qualquer alteração que venha a ocorrer em nossos dados cadastrais.

Declaramos estar ciente de que devemos manter a condição de habilitada durante toda a vigência do contrato de credenciamento, sob pena de ser descredenciada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Carimbo e Assinatura

**Identificação do Proponente**:

Nome:

CPF ou CNPJ:

Prazo de Validade da proposta: 12 (doze) meses

Relação de Serviços:

Nome do Banco, agência e Conta Corrente:

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2020**

**ANEXO VII - CADASTRO DE PROFISSIONAL**

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no (CPF ou CNPJ/MF) sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com endereço à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico (a), portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SSP/\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CADASTRA o seguinte profissional, que prestará os serviços, conforme Edital de Credenciamento nº 001/2020, Processo nº 059/2020.

Nome:

RG:

CPF:

Endereço:

CRM:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Carimbo e Assinatura