



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

ANEXO V

MODELOS DE DECLARAÇÕES

- DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL.

- DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO VALOR ESTABELECIDO NO EDITAL.

- DECLARAÇÃO INFORMANDO QUE ATENDE AO INCISO XXXIII, ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

- DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMB.

- DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO COM PROVA DE VÍNCULO.

- DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA.

- DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE DISPONIBILIZAÇÃO DE TODA OFERTA PARA REGULAÇÃO DO GESTOR.

- DECLARAÇÃO DE NÃO PAGAMENTO DE VALORES ADICIONAIS EM ATENDIMENTOS DO SUS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS TERMOS E CONDIÇÕES PREVISTAS NO
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2020/CPCP/SESMA/PMB**

Instituição

Pessoa jurídica de direito privado, (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ n., com sede na cidade de, filial na cidade de, por meio de seu, **DECLARAR** que possui pleno conhecimento das condições do **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA, Nº 003/2020/CPCP/SESMA/PMB** que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA OS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES, PRIVADOS E FILANTRÓPICOS, CREDENCIADOS E HABILITADOS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS**, e assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se as penalidades legais previstas na legislação pertinente, bem como a desclassificação da Chamada Pública, e que ainda, fornecerá quaisquer informações à Secretaria de Saúde do Município de Belém.

Belém/PA, dede 2020.

Nome do diretor/responsável da instituição

CPF: _____

Ass. do diretor/responsável da instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS VALORES CONTIDOS NO EDITAL

A instituição _____ pessoa jurídica de direito privado, _____ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº _____ com sede na cidade de _____ filiada a cidade de _____, por meio de seu _____, com o objetivo de participar da **CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2020/CPCP/SESMA/PMB** que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA OS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES, PRIVADOS E FILANTRÓPICOS, CREDENCIADOS E HABILITADOS NO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS;** vem por meio desta declarar que aceita os valores contidos no Edital como remuneração dos serviços a serem executados.

Belém/PA, ____ de _____ de 2020.

Nome do diretor/responsável da instituição

CPF: _____

Ass. do diretor/responsável da instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

DECLARAÇÃO INFORMANDO QUE ATENDE AO INCISO XXXIII, ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL,

Ref.: CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2020/CPCP/SESMA/PMB

_____, inscrito no CNPJ nº _____,
por intermédio de seu representante legal 0(a) Sr (a)
_____, portador (a) da Carteira de Identidade nº
_____ e do CPF nº _____, **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 24 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se as penalidades legais previstas na legislação pertinente, bem como a desclassificação da Chamada Pública, e que ainda, fornecerá quaisquer informações à Secretaria de Saúde do Município de Belém

Ressalva: () Sim, emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

Ressalva: () Não emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

Belém/PA,..... dede 2020.

Nome do Diretor responsável legal da instituição

Assinatura do Diretor responsável legal da instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

DECLARAÇÃO QUE A INSTITUIÇÃO NÃO POSSUI SERVIDOR PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMO REPRESENTANTE LEGAL/MEMBRO DA DIRETORIA/SÓCIO ADMINISTRADOR/PROPRIETÁRIO E/OU PRESIDENTE DA INSTITUIÇÃO.

A instituição _____ pessoa jurídica de direito privado, _____ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº _____ com sede na cidade de _____ filiada a cidade de _____, por meio de seu _____,

DECLARA, que não possui servidores públicos do Município de Belém como representante legal/membro da diretoria/sócio administrador/proprietário e/ou presidente, nos termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2020/CPCP/SESMA/PMB que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA OS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES, PRIVADOS E FILANTRÓPICOS, CREDENCIADOS E HABILITADOS NO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS.**

Belém/PA, _____, de _____ de 2020.

Nome do diretor/responsável da instituição

CPF: _____

Ass. do diretor/responsável da instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO COM PROVA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO.

Ref.: CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2020/CPCP/SESMA/PMB

A instituição _____ pessoa jurídica de direito privado, _____ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº _____ com sede na cidade de _____ por meio de seu representante legal _____, DECLARA, que o profissional....., Conselho Regional..... nº, tem vínculo empregatício/societário com a Instituição, será o Responsável Técnico que acompanhará a execução dos procedimentos credenciados, conforme ciência abaixo, caso esta instituição logre a habilitação na referida Chamada Pública para o credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA OS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES, PRIVADOS E FILANTRÓPICOS, CREDENCIADOS E HABILITADOS NO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS**

Belém/PA, ____ de _____ de 2020.

Nome e Assinatura do(s) Responsável Técnico

CPF:

Nome do diretor/responsável da instituição

CPF: _____

Ass. do diretor/responsável da instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA CUMPRIMENTO DO OBJETO

A instituição

Pessoa jurídica de direito privado, (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ n., com sede na cidade de, filial na cidade de, por meio de seu representante legal

.....,DECLARA, que possui capacidade técnica para cumprimento do objeto pactuado nos termos do **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2020/CPCP/SESMA/PMB**, assumindo também a autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando às penalidades legais e a sumária desclassificação da chamada pública que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA OS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES, PRIVADOS E FILANTRÓPICOS, CREDENCIADOS E HABILITADOS NO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS.**

Belém/PA,..... dede 2020.

Nome do Diretor responsável legal da instituição

Assinatura do Diretor responsável legal etc. da instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE DISPONIBILIZAÇÃO DE TODA OFERTA
PARA REGULAÇÃO DO GESTOR**

A instituição

.....
Pessoa jurídica de direito privado, (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ n., com sede na cidade de, filial na cidade de, por meio de seu representante legal,DECLARA, que para cumprimento do objeto pactuado nos termos do **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2020/CPCP/SESMA/PMB**, que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA OS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES, PRIVADOS E FILANTRÓPICOS, CREDENCIADOS E HABILITADOS NO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS, assume o compromisso de disponibilização de toda a sua capacidade ofertada na contratualização para regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belém/PA.**

Belém/PA,..... dede 2020.

Nome do Diretor responsável legal da instituição

Assinatura do Diretor responsável legal etc. da instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE NÃO COBRANÇA DE VALORES ADICIONAIS NO
ATENDIMENTO DO SUS**

Declaro para os devidos fins que não será cobrado nenhum tipo de valores adicionais aos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde no Estabelecimento de Saúde: _____, bem como que será entregue ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente;

Belém/PA, ____ de _____ de 2020

Assinatura do Declarante (responsável pela Instituição)