**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO**

 A empresa ....................................., inscrita no CNPJ sob o nº .................................., sediada ..................................., por intermédio de seu representante legal, Sr.(a)...................................., portador (a) da Carteira de Identidade nº................................., CPF nº .........................................., declara, perante à Lei, que até a presente data:

 a) não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

 b) não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

 c) não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços prestados, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;

 d) não incorre nas demais condições impeditivas previstas no art. 48º da Lei Federal nº 14.133/2021;

 e) atende à norma do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, com redação dada pela emenda constitucional nº 20/98, que proíbe trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de 18 anos e de que qualquer trabalho a menores de 16 anos salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos; e,

 f) tem pleno conhecimento do objeto licitado e anuência das exigências constantes do Edital e seus anexos.

Cidade - (UF), ....... de........................ de 202\_.

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

(Nome do representante legal)

**ANEXO II**

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2024

|  |
| --- |
| RAZÃO SOCIAL: |
| CNPJ: | FONE/FAX: |
| E-MAIL: |
| RESPONSÁVEL PARA ASSINATURA DO CREDENCIAMENTO: |
|  |
| CPF: |

 Solicito o credenciamento a Chamada Pública nº 001/2024, nas condições e valor estipulado em edital.

 Nos credenciamos para a realização do seguinte exame:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Exame** | **Estimativa por ano** | **Valor unitário** |
| 1 | Dosagem de Colesterol Total | 600 exames | R$ 3,80 |
| 2 | Dosagem de Triglicerídeos | 600 exames | R$ 6,27 |
| 3 | Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA – Total) | 600 exames | R$ 31,87 |

 Disponibilizaremos no mínimo 2 (dois) funcionários e todos os materiais e equipamentos necessários para a realização dos exames e arcaremos inclusive com os gastos com deslocamentos.

Cidade - (UF), ....... de........................ de 202\_.

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

(Nome do representante legal)