**ANEXO II**

**TERMO DE ACEITE DA PROPOSTA FINANCEIRA**

**INEXIGIBILIDADE - CHAMAMENTO PÚBLICO/CREDENCIAMENTO Nº 002/2023**

Ao aderir o presente credenciamento, declaramos que a empresa….................................................., por seu representante legal, conhece o inteiro teor do Edital de **Credenciamento nº 002/2024,** bem como o valor o qual o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós - CISRAT se propõe a pagar pelos serviços prestados de acordo com o valor médio de referência, que foi obtido com base no preço de mercado, e comprometemos a prestar atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, encaminhados pela pelos municípios, de acordo com as condições estabelecidas no Edital e seus anexos, nos valores assim especificados:

1. **ESPECIFICAÇÃO E CUSTO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DIÁRIAS/ANO NAS CASAS DE APOIO** |
| **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS** | **CUIABÁ** | **NOVA MUTUM** | **SINOP** | **SORRISO** |
| ALTA FLORESTA | 510 | 50 | 350 | 230 |
| APIACÁS |  | 450 | 450 | 360 |
| CARLINDA | 300 | 30 | 30 | 30 |
| NOVA BANDEIRANTES | 2990 | 260 | 1300 | 260 |
| NOVA MONTE VERDE | 220 | 06 | 10 | 06 |
| PARANAÍTA | 2400 | 1200 | 1800 | 500 |

|  |
| --- |
| **VALOR DAS DIÁRIAS NAS CASAS DE APOIO COM APOIO DE VEICULO EM TRANSPORTE DE PACIENTE PERIMETRO URBANO** |
| **MUNICÍPIO SEDE** | **Valor Unitário** | **Valor Total** |
| **CUIABÁ** | 85,00 | 1.168.070,00 |
| **SINOP** |
| **SORRISO** |
| **VALOR TOTAL** | 1.168.070,00 |

|  |
| --- |
| **VALOR DAS DIÁRIAS NAS CASAS DE APOIO SEM/ APOIO DE VEICULO EM TRANSPORTE DE PACIENTE PERIMETRO URBANO**  |
| **MUNICÍPIO SEDE** | **Valor Unitário** | **Valor Total** |
| **NOVA MUTUM** | 50,00 | 99.800,00 |
| **VALOR TOTAL** | 99.800,00 |

Declaramos por fim estarmos cientes de todas as condições do edital supracitado, bem como de todas as especificações contidas na minuta do futuro contrato a ser assinado e que as aceitamos de forma incondicional as condições do presente objeto de contratação.

Local/data

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

Nome e Assinatura do representante legal da empresa

Carimbo de CNPJ

**ANEXO III**

**CARTA DE CREDENCIAMENTO**

**INEXIGIBILIDADE - CHAMAMENTO PÚBLICO/CREDENCIAMENTO Nº 002/2024**

**1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:**

Nome ou Razão social

CNPJ:

**1.1. ENDEREÇO:**

Rua, avenida, nº e complemento

Bairro Município UF CEP

Telefone Celular Fax

E-mail

**2. TITULARES (sócios e representantes legais da empresa):**

Nome:

Formação: Identidade: CPF:

1. **Serviços a serem prestados:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DIÁRIAS/ANO NAS CASAS DE APOIO** |
| **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS** | **CUIABÁ** | **NOVA MUTUM** | **SINOP** | **SORRISO** |
| ALTA FLORESTA | 510 | 50 | 350 | 230 |
| APIACÁS |  | 450 | 450 | 360 |
| CARLINDA | 300 | 30 | 30 | 30 |
| NOVA BANDEIRANTES | 2990 | 260 | 1300 | 260 |
| NOVA MONTE VERDE | 220 | 06 | 10 | 06 |
| PARANAÍTA | 2400 | 1200 | 1800 | 500 |

|  |
| --- |
| **VALOR DAS DIÁRIAS NAS CASAS DE APOIO COM APOIO DE VEICULO EM TRANSPORTE DE PACIENTE PERIMETRO URBANO** |
| **MUNICÍPIO SEDE** | **Valor Unitário** | **Valor Total** |
| **CUIABÁ** | 85,00 | 1.168.070,00 |
| **SINOP** |
| **SORRISO** |
| **VALOR TOTAL** | 1.168.070,00 |

|  |
| --- |
| **VALOR DAS DIÁRIAS NAS CASAS DE APOIO SEM/ APOIO DE VEICULO EM TRANSPORTE DE PACIENTE PERIMETRO URBANO**  |
| **MUNICÍPIO SEDE** | **Valor Unitário** | **Valor Total** |
| **NOVA MUTUM** | 50,00 | 99.800,00 |
| **VALOR TOTAL** | 99.800,00 |

1. **DECLARAMOS**, sob as penas da lei, que:
	1. **recebemos os documentos que compõem o Edital e tomamos conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste credenciamento;**
	2. **as informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras, bem como que concordamos com os termos do edital e seus anexos;**
	3. **temos ciência da obrigatoriedade de declarar qualquer fato superveniente impeditivo do credenciamento, e;**
	4. **que possuímos condições de cumprir as exigências mínimas, para realização dos serviços a serem prestados, no que se refere aos recursos físicos e tecnológicos;**

Vimos requerer, mediante a presente, o credenciamento, em conformidade com o Edital divulgado pela Comissão Permanente de Licitação, juntando a documentação exigida.

Local/data

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

Nome e Assinatura do representante legal da empresa

Carimbo de CNPJ ou CPF

OBS: Em caso de representação por meio de procuração particular, a mesma deverá ter firma reconhecida em cartório.

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE REQUISITOS LEGAIS**

A Comissão Permanente de Licitação

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós - CISRAT

Ref: **CREDENCIAMENTO Nº 002/2024**

(Nome da Empresa) -----------------------------------, CNPJ nº ------------------------, sediada na Rua --------------------------------------, nº -----------, bairro, -----------------------, CEP--------Município -------------------------, por seu representante legal abaixo-assinado, em cumprimento ao solicitado no referido edital, DECLARA, sob as penas da lei, que:

• Não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de 16 (dezesseis) anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz\*, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

• Não possui em seu quadro de pessoal servidores no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós – CISRAT, exercendo funções técnicas, comerciais, de gerência, administração ou tomada de decisão.

Local e data

Assinatura do representante legal

CPF:

Carimbo de CNPJ da empresa:

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

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

A Comissão Permanente de Licitação

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós - CISRAT

Ref: **CREDENCIAMENTO Nº 003/2024**

Declaramos, para todos os efeitos legais, que a empresa ......................, CNPJ .........., reúne todos os requisitos de habilitação exigidas no Edital, quanto às condições de qualificação jurídica, fiscal, trabalhista, técnica e econômico-financeira, bem como de que está ciente e concorda com o disposto em Edital.

Local e data

Assinatura do representante legal

CPF:

Carimbo de CNPJ da empresa:

Obs.: No caso de microempresa e empresa de pequeno porte que, nos termos da LC 123/2006, possuir alguma restrição na documentação referente à regularidade fiscal, esta deverá ser mencionada, como ressalva, na supracitada declaração, **além de juntar o documento com restrição no envelope de habilitação.**

**ANEXO VI**

 **DECLARAÇÃO DE SUPERVENIÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

A Comissão Permanente de Licitação

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós - CISRAT

Ref: **CREDENCIAMENTO Nº 003/2024**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sediada na rua \_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições legais, comprometendo-se nos termos da legislação reguladora da matéria, a informar a qualquer tempo, sob pena das penalidades cabíveis, a existência de fatos supervenientes impeditivos a habilitação para este certame licitatório no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós - CISRAT , **CREDENCIAMENTO Nº 003/2024**, devidamente assinada pelo representante legal da empresa participante.

Local e data

Assinatura do representante legal

CPF:

Carimbo de CNPJ da empresa: