ANEXO III - FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO E DADOS CADASTRAIS/BANCÁRIOS

À
Fundação Hospital Frei Gabriel

A pessoa jurídica abaixo identificada vem, por meio deste instrumento, requerer formalmente seu credenciamento, nos termos do Edital de Chamamento Público para **Credenciamento nº 001/2026**, objetivando a prestação de serviços médicos junto à Fundação Hospital Frei Gabriel, declarando ciência e concordância integral com todas as condições editalícias.

1. DADOS DA PESSOA JURÍDICA

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____
CNPJ: _____
Inscrição Municipal: _____
Endereço Completo: _____
Cidade/UF: _____
CEP: _____
Telefone: _____
E-mail institucional: _____

2. REPRESENTANTE LEGAL

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____
Cargo/Função: _____
Telefone: _____
E-mail: _____

3. ESPECIALIDADES PARA AS QUAIS SOLICITA CREDENCIAMENTO

( ) Pediatria – Sobreaviso com visitas presenciais regulares e acionamento presencial quando necessário
( ) Clínico Geral – Plantão Presencial Pronto-Socorro (07h às 19h)
( ) Clínico Geral – Plantão Presencial Pronto-Socorro (19h às 07h)
( ) Clínico Geral – Plantão Presencial Sala Vermelha
( ) UTI Móvel – Clínico Geral em regime de sobreaviso

4. RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DISPONIBILIZADOS

Nº	Nome do Profissional	CPF	CRM/UF	Especialidade	Função no Contrato	Vínculo com a Empresa	Telefone	E-mail
01								
02								
03								
04								
05								
06								

5. DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO

Banco: _____
Agência: _____
Conta Corrente: _____
Chave PIX (se houver): _____
Titular da Conta: _____
Declaro que as informações acima são verdadeiras e que assumo inteira responsabilidade por sua veracidade.
Local e Data: _____

6. DECLARAÇÕES

Declaro, sob as penas da lei, que:

I – Atendo integralmente às exigências do Edital e do Termo de Referência;
II – Aceito integralmente os valores fixados pela Administração, inexistindo etapa de lances ou negociação;
III – Tenho ciência de que o credenciamento não assegura volume mínimo de contratações, plantões ou faturamento;
IV – Manterei durante toda a execução contratual as condições de habilitação jurídica, fiscal, trabalhista e técnica;
V – Responsabilizo-me integralmente pelos encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas e securitários de meus profissionais;
VI – Comprometo-me a observar sigilo profissional, LGPD e proteção de dados sensíveis dos pacientes;
VII – Possuo disponibilidade operacional para cumprimento de escalas, sobreavisos e acionamentos emergenciais;
VIII – Comprometo-me a observar integralmente as regras assistenciais e operacionais da Fundação Hospital Frei Gabriel.

Declaro ter ciência de que a prestação dos serviços objeto deste credenciamento não gera, em nenhuma hipótese, vínculo empregatício com a Administração Pública. Assumo o compromisso de firmar o Termo de Compromisso de Confidencialidade e Proteção de Dados (Anexo VI) no momento da contratação, para resguardo de prontuários e dados sensíveis dos pacientes, em estrita observância à LGPD.

Local e Data: _____
Assinatura do Representante Legal

Nome: _____
CPF: _____