



## ANEXO III - REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

### PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

#### MODELO DE PEDIDO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

À Comissão de Contratação da Prefeitura Municipal de Laje-BA.

[Nome Completo do(a) Médico(a)], [Nacionalidade], [Estado Civil], [Profissão], inscrito(a) no CRM sob o nº [Número], com endereço profissional em [Endereço Completo], vem, muito respeitosamente, requerer seu **CREDENCIAMENTO** para prestação de serviços médicos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com fundamento no disposto no Art. 3º, inciso I, da Lei nº 14.133/21, em regime **paralelo e não excludente**, conforme segue:

#### I – DADOS DO(A) REQUERENTE PESSOA FÍSICA

- **Nome Completo:** [Nome Completo do(a) Médico(a)]
- **Nacionalidade:** [Nacionalidade]
- **Estado Civil:** [Estado Civil]
- **Profissão:** Médico(a)
- **CRM:** [Número]
- **Endereço Profissional:** [Endereço Completo]
- **Telefone:** [Número]
- **E-mail:** [Endereço de E-mail]

OU

#### I – DADOS DO(A) REQUERENTE PESSOA JURÍDICA

- **Razão Social:** [Nome da Pessoa Jurídica]
- **Endereço Profissional:** [Endereço Completo]
- **Telefone:** [Número]
- **E-mail:** [Endereço de E-mail]
- **Nome Completo do Responsável Técnico:** [Nome Completo do(a) Médico(a)]
- **CRM:** [Número]
- **Telefone:** [Número]
- **E-mail:** [Endereço de E-mail]

#### II – PROPOSTA PARA O ITEM Nº ----- DO TERMO DE REFERÊNCIA

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO                                                                             | CATSER | UNIDADE DE MEDIDA | QTD | VALOR UNITÁRIO MENSAL R\$ | VALOR TOTAL ANUAL R\$ |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|-----|---------------------------|-----------------------|
| ...  | Prestação de serviço clínica médica 40 horas para Unidade de Saúde da Família - USF ..... | 5916   | UN/MÊS            | 12  |                           |                       |



### III – DAS DECLARAÇÕES

- 3.1.** Declara, sob as penas da lei, que a documentação anexada é verdadeira e autêntica.
- 3.2.** Declara que tem plena capacidade para o exercício da medicina, não estando incurso em nenhuma das hipóteses de impedimento para licitar ou contratar com a Administração Pública.
- 3.3.** Declara ter conhecimento e aceitar as normas e condições do edital de credenciamento e seus anexos.
- 3.4.** Declara que compromete – se a nada reclamar quanto a adicionais, auxílios, gratificações e outros acréscimos, que já se encontram satisfeitos pela retribuição pecuniária pelos serviços proposta no citado aviso e anexos.
- 3.5.** Declara ciência que sendo um credenciamento, não haverá por parte da Administração pública a obrigação de contratação, mas tão somente de inclusão por ordem classificação na Lista de Credenciados a ser divulgada de forma permanente no Sítio Eletrônico da Prefeitura Municipal e Portal da Transparência, além do Diário Oficial;
- 3.6.** Declara que quando convocado e, se convocado, deverá apresentar toda a documentação solicitada na Convocação, pelo que está ciente que deverá manter seus dados cadastrais de e-mail e telefone atualizados junto à Prefeitura ou acompanhar diariamente o Diário Oficial do Município ( [www.laje.ba.gov.br](http://www.laje.ba.gov.br) ) , onde as convocações serão publicadas.

### IV – DO PEDIDO

Diante do exposto, requer o **CREDENCIAMENTO N°...../2024** para prestação de serviços médicos na Unidade Básicas de Saúde (UBS)....., nos termos do edital e da legislação em vigor.

Nestes termos,

Pede deferimento.

[Local e Data]

[Assinatura do(a) Requerente]