ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CREDENCIAMENTO, CONFORMIDADE E ACEITAÇÃO DOS VALORES PADRONIZADOS

À CÂMARA MUNICIPAL DE ITAPERUNA/RJ

Referente: EDITAL DE CREDENCIAMENTO - PLANO DE SAÚDE 2027 - Nº 01/2026

Após examinar todas as cláusulas e condições estipuladas no Edital e seus anexos, a empresa abaixo identificada requer seu CREDENCIAMENTO e declara concordância integral com o instrumento convocatório, o Termo de Referência, a minuta de contrato e os valores padronizados por faixa etária.

Declaramos que a operadora/seguradora encontra-se regularmente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e que o produto ofertado é regularmente registrado, compatível com plano coletivo empresarial e com as condições assistenciais estabelecidas no Edital.

Declaramos, ainda, que:

• atendemos aos requisitos de habilitação previstos no Edital;
• ofertaremos plano com cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica;
• ofertaremos acomodação em apartamento individual e climatizado nas internações abrangidas;
• o produto será executado SEM COPARTICIPAÇÃO assistencial por utilização;
• o produto será ofertado e executado SEM CARÊNCIA para os beneficiários elegíveis, inclusive nas inclusões durante a vigência, conforme exigência do Edital;
• dispomos de rede assistencial compatível com o Município de Itaperuna e capacidade regional suficiente, inclusive para procedimentos de alta complexidade e acesso a leitos de alta tecnologia quando clinicamente indicados e cobertos;
• aceitamos integralmente os valores padronizados por faixa etária, sem cobrança adicional não prevista;
• manteremos as condições de habilitação, regularidade perante a ANS, produto e rede durante toda a vigência do credenciamento e dos contratos;
• não empregamos menor nas hipóteses vedadas pela Constituição Federal;
• não possuímos empregados executando trabalho degradante ou forçado;
• cumprimos as exigências legais de reserva de cargos, quando aplicáveis;
• comunicaremos imediatamente qualquer fato superveniente que altere as condições de habilitação, a regularidade da operadora, do produto ou da rede assistencial.

PROPOSTA

FAIXA ETÁRIA	QTD. REF.	VALOR UNITÁRIO	TOTAL MENSAL REF.	TOTAL ANUAL REF.
0 a 18 anos	22			
19 a 23 anos	3			
24 a 28 anos	4			
29 a 33 anos	2			
34 a 38 anos	6			
39 a 43 anos	3			
44 a 48 anos	5			
49 a 53 anos	5			
54 a 58 anos	6			
59 anos ou mais	10			
TOTAL	**66**	**-**		

Os quantitativos acima constituem referência de planejamento e não representam garantia de quantidade mínima. O faturamento será calculado com base nas vidas efetivamente ativas e vinculadas à credenciada em cada competência.

Os valores de referência podem ser consultados no Anexo I do Edital: Termo de referência.

DADOS DA EMPRESA

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ Registro ANS: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Produto ofertado / nº de registro ANS: _____

Representante Legal: _____

Cargo/Função: _____

CPF: _____ RG: _____

E-mail do representante: _____

_____, ____ de _____ de 2026.

_____

REPRESENTANTE LEGAL