



FOLHA: _____

PROCESSO: _____

VISTO: _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO**ANEXO III – DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA E COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE REDE CREDENCIADA****Pregão Eletrônico nº - ____/2025 – Processo Administrativo nº 1083/2025**

A empresa (Razão Social da Licitante), CNPJ nº _____, sediada na Rua _____, nº _____, (Bairro/Cidade), através de seu representante legal, (Nome/CI/CPF), em atendimento ao Edital da licitação em epígrafe **DECLARA**, dentre as opções abaixo e sob as penas da Lei, que:

() Possui, nesta data de apresentação da proposta, a totalidade da rede credenciada mínima para atender ao exigido em Edital, detalhando-a abaixo, e que comprovará estas informações apresentando o produto final registrado na ANS após a assinatura do Contrato.

() **NÃO** possui, nesta data de apresentação da proposta, a totalidade da rede credenciada mínima para atender ao exigido em Edital, detalhando abaixo o que possui de fato e que apresentará, em conjunto com este Anexo, plano/relatório/justificativa/comprovação/indicação provisória de como será montado o produto final a ser registrado na ANS após a assinatura do Contrato.

DECLARA, ainda, que manterá o dimensionamento mínimo da rede credenciada de atendimento durante toda a vigência do contrato.

Relação da Rede Mínima Credenciada

Declaramos ter a rede abaixo credenciada, que será comprovada no momento da assinatura do Contrato:

Local	Especialidade	Número	Profissional	Contato (telefone/e-mail/sítio eletrônico)
Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	Dentística	11		
		12		
		13		
		14		
		15		



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

	16		
	17		
	18		
	19		
	20		
Endodontia	21		
	22		
	23		
	24		
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		
	30		
Implantodontia	31		
	32		
	33		
	34		
	35		
	36		
	37		
	38		
	39		
	40		
Odontopediatria	41		
	42		
	43		
	44		
	45		
	46		
	47		
	48		
	49		
	50		
Ortodontia	51		
	52		
	53		
	54		
	55		
	56		
	57		
	58		
	59		
	60		
Periodontia	61		
	62		



FOLHA: _____

PROCESSO: _____

VISTO: _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

		63		
		64		
		65		
		66		
		67		
		68		
		69		
		70		
	Prótese Dental	71		
		72		
		73		
		74		
		75		
		76		
		77		
		78		
		79		
		80		
	Radiologia	81		
		82		
		83		
		84		
		85		
		86		
		87		
		88		
		89		
		90		
	Declaro atendimento do mínimo de 770 profissionais credenciados, em quaisquer especialidades, respeitados os mínimos acima, na RMSP conforme item 4.5.4? SIM [] NÃO []			
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Araçatuba	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Bauru	Cirurgia e Traumatologia	1		



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Botucatu	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []				
Campinas	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []				
Guarulhos	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []				



FOLHA: _____

PROCESSO: _____

VISTO: _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Itapetininga	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Marília	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Mogi das Cruzes	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Osasco	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Presidente Prudente	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Registro	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Ribeirão Preto	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Santo André	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		



FOLHA: _____

PROCESSO: _____

VISTO: _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Santos	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
São José do Rio Preto	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
São José dos Campos	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		
	Prótese Dental	8		
	Radiologia	9		
	Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [] NÃO []			
Sorocaba	Cirurgia e Traumatologia	1		
	Dentística	2		
	Endodontia	3		
	Implantodontia	4		
	Odontopediatria	5		
	Ortodontia	6		
	Periodontia	7		



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Prótese Dental	8		
Radiologia	9		
Declaro atendimento do item 4.7.1 do Termo de Referência, relativo ao plano 'superior', nesta localidade? SIM [☐] NÃO [☐]			

Este Anexo deverá ser enviado somente pelo Licitante detentor da melhor proposta de preços e quando solicitado pelo(a) pregoeiro(a); caberá ao(à) pregoeiro(a) avaliar se as informações aqui solicitadas são suficientes para a análise completa da proposta, sendo permitido a ele(a) a solicitação de informações complementares ao licitante ou à área técnica do Coren-SP.

É obrigatória a comprovação, após a assinatura do contrato, de rede mínima nos municípios solicitados no Termo de Referência, sendo inaceitável o uso do reembolso como estratégia padrão de atendimento nos municípios em que o Coren-SP exige esta comprovação.

É permitido à licitante, se for necessário para a proposta, para atendimento do Termo de Referência ou por qualquer motivo, acrescentar mais linhas em quaisquer das categorias acima ou adaptá-lo conforme necessário, desde que não falem quaisquer das informações solicitadas pela Administração neste modelo.

Local e data

Nome completo e assinatura do representante legal