

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**ANEXO IV**

**MODELOS DE DECLARAÇÕES**

- DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL.
  
- DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO VALOR ESTABELECIDO NO EDITAL.
  
- DECLARAÇÃO INFORMANDO QUE ATENDE AO INCISO XXXIII, ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.
  
- DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI SERVIDOR PÚBLICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM- PMB .
  
- DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO COM PROVA DE VÍNCULO.
  
- DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA.
  
- DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE DISPONIBILIZAÇÃO DE TODA OFERTA PARA REGULAÇÃO DO GESTOR.
  
- DECLARAÇÃO DE NÃO COBRANÇA DE VALORES ADICIONAIS NO ATENDIMENTO DO SUS ADICIONAIS EM ATENDIMENTOS DO SUS.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS TERMOS E CONDIÇÕES PREVISTAS NO  
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB.**

Ref.: CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB

Instituição .....

Pessoa jurídica de direito privado, ..... (com/sem) fins lucrativos, inscrita no  
CNPJ n. ...., com sede na cidade de ....., filial na  
cidade de ....., por meio de seu  
....., **DECLARAR** que possui pleno  
conhecimento das condições do **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA, Nº  
005/2021/CPCP/SESMA/PMB** que trata do credenciamento de prestadores/instituições  
privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **CONFECÇÃO DE  
PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA O LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE  
DENTÁRIA - LRPD DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA  
TABELA SUS**, e assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos  
apresentados, sujeitando-se as penalidades legais previstas na legislação pertinente,  
bem como a desclassificação da Chamada Pública, e que ainda, fornecerá quaisquer  
informações à Secretaria de Saúde do Município de Belém.

**Belém/PA, ..... de .....de 2021.**

\_\_\_\_\_  
**Nome do diretor/responsável da instituição**

**CPF:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ass. do diretor/responsável da instituição**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS VALORES CONTIDOS NO EDITAL**

Ref.: CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB

A instituição \_\_\_\_\_ pessoa jurídica de direito privado, \_\_\_\_\_ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_ com sede na cidade de \_\_\_\_\_ filiada a cidade de \_\_\_\_\_, por meio de seu \_\_\_\_\_, com o objetivo de participar da **CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB** que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA O LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA - LRPD DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS**; vem por meio desta declarar que aceita os valores contidos no Edital como remuneração dos serviços a serem executados.

Belém/PA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
**Nome do diretor/responsável da instituição**

**CPF:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ass. do diretor/responsável da instituição**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO INFORMANDO QUE ATENDE AO INCISO XXXIII, ART. 7º DA  
CONSTITUIÇÃO FEDERAL,**

Ref.: CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB

\_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ nº \_\_\_\_\_,  
por intermédio de seu representante legal 0(a) Sr (a)  
\_\_\_\_\_, portador (a) da Carteira de Identidade nº  
\_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARA, para fins  
do disposto no inciso V do art. 27 da lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**, acrescido  
pela Lei nº 9.854, de 24 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em  
trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos,  
assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados,  
sujeitando-se as penalidades legais previstas na legislação pertinente, bem como a  
desclassificação da Chamada Pública, e que ainda, fornecerá quaisquer informações à  
Secretaria de Saúde do Município de Belém

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

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

Belém/PA,..... de .....de 2021.

Nome do Diretor responsável legal da instituição

Assinatura do Diretor responsável legal da instituição



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO QUE A INSTITUIÇÃO NÃO POSSUI SERVIDOR PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMO REPRESENTANTE LEGAL/MEMBRO DA DIRETORIA/SÓCIO ADMINISTRADOR/PROPRIETÁRIO E/OU PRESIDENTE DA INSTITUIÇÃO.**

Ref.: CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB

A instituição \_\_\_\_\_ pessoa jurídica de direito privado, \_\_\_\_\_ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_ com sede na cidade de \_\_\_\_\_ filiada a cidade de \_\_\_\_\_, por meio de seu \_\_\_\_\_,

**DECLARA, que não possui servidores públicos do Município de Belém como representante legal/membro da diretoria/sócio administrador/proprietário e/ou presidente, nos termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA O LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA - LRPD DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS.**

Belém/PA, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Nome do diretor/responsável da instituição

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do diretor/responsável da instituição



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO COM PROVA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO.**

**Ref.: CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB**

A instituição \_\_\_\_\_ pessoa jurídica de direito privado, \_\_\_\_\_ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_ com sede na cidade de \_\_\_\_\_ por meio de seu representante legal \_\_\_\_\_, DECLARA, que o profissional....., Conselho Regional..... nº ....., tem vínculo empregatício/societário com a Instituição, será o Responsável Técnico que acompanhará a execução dos procedimentos credenciados, conforme ciência abaixo, caso esta instituição logre a habilitação na referida Chamada Pública para o credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA O LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA - LRPD DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS.**

Belém/PA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Nome e Assinatura do(s) Responsável Técnico

\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Nome do diretor/responsável da instituição

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do diretor/responsável da instituição



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA CUMPRIMENTO DO OBJETO**

A instituição .....

Pessoa jurídica de direito privado, ..... (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ n. ...., com sede na cidade de ....., filial na cidade de ....., por meio de seu representante legal .....,DECLARA, que possui capacidade técnica para cumprimento do objeto pactuado nos termos do **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB**, assumindo também a autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando às penalidades legais e a sumária desclassificação da chamada pública que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **A CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA O LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA - LRPD DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS.**

Belém/PA,..... de .....de 2021.

Nome do Diretor responsável legal da instituição

Assinatura do Diretor responsável legal etc. da instituição



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE DISPONIBILIZAÇÃO DE TODA OFERTA  
PARA REGULAÇÃO DO GESTOR**

A instituição .....

Pessoa jurídica de direito privado, ..... (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ n. ...., com sede na cidade de ....., filial na cidade de ....., por meio de seu representante legal .....,DECLARA, que para cumprimento do objeto pactuado nos termos do **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 005/2021/CPCP/SESMA/PMB**, que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde para **A CONFECÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA O LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA - LRPD DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DA TABELA SUS**, assume o compromisso de disponibilização de toda a sua capacidade ofertada na contratualização para regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belém/PA.

Belém/PA,..... de .....de 2021.

Nome do Diretor responsável legal da instituição

Assinatura do Diretor responsável legal etc. da instituição





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**DECLARAÇÃO DE NÃO COBRANÇA DE VALORES ADICIONAIS NO  
ATENDIMENTO DO SUS**

Declaro para os devidos fins que não será cobrado nenhum tipo de valores adicionais aos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde no Estabelecimento de Saúde: \_\_\_\_\_, bem como que será entregue ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente;

Belém/PA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante (responsável pela Instituição)