



EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2024
ANEXO X – FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA⁷

À Comissão Julgadora do Edital,

A (O) Razão Social, inscrita no CNPJ sob o número 00.000.000/0000-00, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, vem por meio deste:

1. INFORMAR o seguinte endereço de e-mail para contato, no caso de realização de diligências e outras comunicações durante o processo, nos termos do Edital: **inserir e-mail** para contatos relacionados a este processo de seleção pública.

2. DECLARAR que não se enquadra em nenhuma das hipóteses previstas no item 3.1 do Edital, item “3. DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS”, não sendo impedida de participar do presente processo de seleção pública.

3. DECLARAR que apresentou todos os instrumentos jurídicos formalizados nos termos da cláusula 4.1.13 deste Edital, com os respectivos comprovantes das aprovações das prestações de contas e pelo menos um atestado de capacidade técnica, conforme previsto no critério 3.1 do anexo II deste Edital, sob as penas da lei;

4. INFORMA os nomes, documentos de identificação (RG) e CPF do(s) representante(s) legal(is) da PROPONENTE e dos membros do Conselho de Administração, da Diretoria Executiva e dos demais órgãos deliberativos que exerçam mandatos e que estiverem em exercício no momento da apresentação desta proposta:

Nome ⁸	RG	CPF	Função / Cargo exercido na Instituição

⁷ A PROPONENTE preencherá e assinará eletronicamente o “Formulário de envio de proposta”, em modelo disponível no Sistema Eletrônico de Informações – SEI, conforme detalhado no item 7 deste Edital.

⁸ Poderão ser inseridas no quadro quantas linhas forem necessárias.



5. **DECLARAR** a autoria, veracidade e autenticidade de todas as informações apresentadas.

6. **REQUERER** a apreciação, pela Comissão Julgadora, dos documentos abaixo relacionados, considerando os termos do “ANEXO II – CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS” do edital:

Relação dos documentos enviados⁹	Para atender qual(is) critério(s) de avaliação da proposta o documento foi enviado?	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) da(s) unidade(s) de saúde gerenciada(s)¹⁰
Balço Patrimonial	Critério 2.13	-
Nome do Projeto (Nº XXXXX)	Critério X.X	-
Nome do Projeto (Nº XXXXX)	Crítérios X.X	XXXXXXXX
Termo de Parceria XXXXX	Crítérios X.X	XXXXXXXX
Convênio XXXX	Crítérios X.X, X.X	XXXXXXXX, XXXXXXXX
Contrato XXXX	Crítério X.X	XXXXXXXX

⁹ Poderão ser inseridas no quadro quantas linhas forem necessárias

¹⁰ O não preenchimento do CNES nesta coluna, quando o documento apresentado se destinar aos critérios 3.1,3.5, 3.6 e 3.7 do Anexo II, poderá inviabilizar a avaliação destes critérios



Termo de Cooperação Técnica XXXXX		
Certificado XXX		