

ANEXO IV-A
REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO E DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA
DE FATOS IMPEDITIVOS E DE AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS
PESSOA FÍSICA

Pelo _____ presente _____ instrumento, _____ eu

_____, inscrito no CPF sob o número ____/____/____ - _____, **SOLICITO CREDENCIAMENTO** na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) para prestação de serviços de plantão médico presencial de 12 horas no **Hospital Regional João Penido, DECLARO**, ainda, sob as penas do art. 299 do Código Penal:

- a) que até a presente data inexistem fatos impeditivos para minha habilitação no presente processo de credenciamento e para licitar ou contratar com a Administração Pública previstos na subcláusula 5.2 do **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2023**, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- b) estar de acordo com os preços estabelecidos unilateralmente pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig);
- c) não violar o disposto no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos);
- d) não possuir vínculo estatutário, comissionado ou temporário com a Fhemig;
- e) não enquadrar nas vedações da Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal;
- f) não possuir mais de um vínculo público, observado o disposto no art. 37, inciso XVI, da Constituição Federal;
- g) serem autênticos e verdadeiros todos os dados e documentos por mim digitalizados e anexados no formulário de inscrição do EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2023, sendo as cópias legíveis e fidedignas aos documentos físicos originais, observados o art. 6º, § 1º, do Decreto nº**

47.222, de 26 de julho de 2017, as demais determinações previstas na legislação.

Declaro, ainda, aceitação integral e irrestrita das regras, instruções e condições estabelecidas no **Edital de Credenciamento nº 04/2023** e seus anexos, inclusive a Lista Referencial - Valoração e Condições de Pagamento, bem como das normas legais do qual ele decorre e de eventuais retificações, aditamentos, comunicações, instruções e convocações, bem como dos atos normativos pertinentes expedidos pela Fhemig, acerca dos quais não poderei alegar desconhecimento.

Qualquer fato ou evento superveniente à entrega de documentos de habilitação que venha alterar a atual situação quanto à capacidade técnica, regularidade fiscal, trabalhista, previdenciária e idoneidade será comunicado à Fhemig.

Local e data:,
...../...../.....

.....
Assinatura do Profissional Médico Interessado