

ANEXO IV-A

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS E DE AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS
PESSOA FÍSICA

Pelo _____ presente _____ instrumento, _____ eu
inscrito
no CPF sob o número ____/____/____ - ____, **DECLARO**, ainda, sob as penas do art. 299 do Código
Penal:

- a) 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 5.1.1 do **Edital do Credenciamento - Chamamento Público nº 02/2024**, 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 do Credenciamento - Chamamento Público nº 02/2024, 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 do Credenciamento - Chamamento Público nº 02/2024**, e seus anexos, 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