

Município de Lagoa Formosa
Secretaria Municipal de Saúde
Praça Dona Filomena, 02 – Centro
CEP 38720-000 – Lagoa Formosa – MG

ANEXO II
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO 021/2020.
PROCESSO Nº 0116/2020

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

Pessoa Física _____

Pessoa Jurídica _____

NºCNPJ/CPF: _____

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nasc: ____/____/____.

Filiação:

Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Telefones: Residencial (____) _____ Comercial (____) _____ Cel. (____) _____

E-mail: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta (corrente ou poupança): _____

(Nome e assinatura do interessado)

Município de Lagoa Formosa
Secretaria Municipal de Saúde
Praça Dona Filomena, 02 – Centro
CEP 38720-000 – Lagoa Formosa – MG

ANEXO III
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO 021/2020.
PROCESSO Nº 0116/2020

DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

....., por intermédio do seu representante legal _____, portador da identidade _____ e do CPF _____, **declara** para fins do disposto no art. 27, V da Lei Federal nº 8.666/93 que não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalhos noturnos e menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, conforme Lei Federal nº 9.854/99.

..... de de 2020.

.....
(Nome completo da Empresa e/ou pessoa física)

.....
(Nome e assinatura do representante legal da Empresa e/ou pessoa física)

Município de Lagoa Formosa
Secretaria Municipal de Saúde
Praça Dona Filomena, 02 – Centro
CEP 38720-000 – Lagoa Formosa – MG

ANEXO IV
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO 021/2020.
PROCESSO Nº 0116/2020

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO/CONCORDÂNCIA COM
EDITAL.**

A (empresa/pessoa física), CNPJ/CPF nº....., por intermédio do seu representante legal _____, portador da identidade_____ e do CPF_____ declara, sob as penas da Lei, que atende plenamente todos os requisitos de habilitação exigidos e concorda com todas as condições do edital de credenciamento, comprometendo-se a fornecer as informações ou documentos solicitados referentes aos serviços realizados, estando ciente de que a qualquer momento poderá ser cancelado o credenciamento.

....., de de 2020.

.....
Nome:

CPF/CNPJ:

Município de Lagoa Formosa
Secretaria Municipal de Saúde
Praça Dona Filomena, 02 – Centro
CEP 38720-000 – Lagoa Formosa – MG