



ANEXO – MODELOS DE DECLARAÇÕES DO INTERESSADO
CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM ULTRASSONOGRAFIA

Processo Administrativo nº 086/2026 · Credenciamento nº 004/2026

Os modelos abaixo integram a documentação de habilitação e devem ser preenchidos, datados e assinados pelo interessado (pessoa física ou representante legal da pessoa jurídica). Os campos em destaque amarelo devem ser preenchidos pelo interessado.

Nº	Declaração
I	Inexistência de fato impeditivo
II	Não emprego de menor (art. 7º, XXXIII, da CF; art. 68, VI, da Lei nº 14.133/2021)
III	Inexistência de vínculo que configure conflito de interesses ou acumulação vedada
IV	Ciência e aceitação das condições do Edital e do Termo de Credenciamento
V	Disponibilidade de dias e horários para atendimento
VI	Cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)
VII	Dados bancários e e-mail para comunicações

DECLARAÇÃO I – INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, RG nº _____, médico(a) inscrito(a) no CRM-MG sob o nº _____ e RQE nº _____, residente em _____, atuando **em nome próprio (pessoa física)** ou **como representante legal da pessoa jurídica** _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede em _____ (manter somente a opção que se aplicar), interessado(a) em participar do **Credenciamento nº 004/2026 do Município de Japonvar/MG**, cujo objeto é a prestação de serviços médicos especializados na área de ultrassonografia para a Secretaria Municipal de Saúde, **DECLARO**, sob as penas da lei, que:

- a) não existe, até a presente data, qualquer fato impeditivo à minha habilitação ou à da pessoa jurídica que represento, nem à celebração de ajuste com a Administração Pública, tendo ciência da obrigação de declarar ocorrências posteriores;
- b) não fui, nem a pessoa jurídica que represento, nem seus sócios ou administradores, declarados inidôneos para licitar ou contratar com a Administração Pública, nem estou impedido(a) ou suspenso(a) de licitar ou contratar com o Município de Japonvar/MG ou com qualquer ente da Federação, nos termos dos arts. 14, III, e 156 da Lei nº 14.133/2021;
- c) não fui condenado(a) judicialmente, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação, conforme art. 14, VI, da Lei nº 14.133/2021;
- d) não tenho em curso processo de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, dissolução ou liquidação (aplicável à pessoa jurídica);
- e) estou inscrito(a) e regular perante o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG), não havendo suspensão, cassação ou interdição do exercício profissional, nem sanção ética que me impeça de atuar;
- f) os documentos apresentados são autênticos e as informações prestadas são verdadeiras, comprometendo-me a manter, durante toda a vigência do credenciamento, as condições de habilitação exigidas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, ciente de que a declaração falsa sujeita o declarante às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive às previstas nos arts. 155 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

Local/Data,.....de.....de 2026.

(CPF/CNPJ E CARGO/QUALIDADE)



DECLARAÇÃO II – NÃO EMPREGO DE MENOR

Eu....., inscrito(a) no CPF sob o nº, RG nº, médico(a) inscrito(a) no CRM-MG sob o nº e RQE nº, residente em, atuando **em nome próprio (pessoa física)** ou **como representante legal da pessoa jurídica**, inscrita no CNPJ sob o nº, com sede em (manter somente a opção que se aplicar), interessado(a) em participar do **Credenciamento nº/2026 do Município de Japonvar/MG**, cujo objeto é a prestação de serviços médicos especializados na área de ultrassonografia para a Secretaria Municipal de Saúde, **DECLARO**, para fins do disposto no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal e no art. 68, inciso VI, da Lei nº 14.133/2021, que **não emprego menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menor de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho**, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Declaro, ainda, que, caso utilize auxiliares ou empregados na execução do objeto, observarei as normas de proteção ao trabalho do adolescente e comunicarei imediatamente à Administração qualquer alteração desta situação.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, ciente de que a declaração falsa sujeita o declarante às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive às previstas nos arts. 155 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

Local/Data,.....de.....de 2026.

(CPF/CNPJ E CARGO/QUALIDADE)



**DECLARAÇÃO III – INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO QUE CONFIGURE CONFLITO DE INTERESSES
OU ACUMULAÇÃO VEDADA**

Eu, ..., inscrito(a) no CPF sob o nº, RG nº, médico(a) inscrito(a) no CRM-MG sob o nº e RQE nº, residente em, atuando **em nome próprio (pessoa física)** ou **como representante legal da pessoa jurídica**, inscrita no CNPJ sob o nº, com sede em (manter somente a opção que se aplicar), interessado(a) em participar do **Credenciamento nº 004/2026** do **Município de Japonvar/MG**, cujo objeto é a prestação de serviços médicos especializados na área de ultrassonografia para a Secretaria Municipal de Saúde, **DECLARO**, nos termos dos arts. 9º e 14, inciso IV, da Lei nº 14.133/2021, que:

- a) não mantenho, nem os sócios e administradores da pessoa jurídica que represento, vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do Município de Japonvar/MG ou com agente público que desempenhe função neste credenciamento ou atue na fiscalização ou na gestão dos ajustes dele decorrentes;
- b) não sou, nem os sócios e administradores da pessoa jurídica que represento, cônjuge, companheiro(a) ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, do Prefeito, do Secretário Municipal de Saúde, do gestor, do fiscal ou de qualquer agente público envolvido neste processo;
- c) **marcar apenas uma opção:**
 - () não sou ocupante de cargo, emprego ou função pública em qualquer ente da Administração direta ou indireta; **ou**
 - () sou ocupante do cargo de no(a), em regime de horas semanais, cuja acumulação é permitida pelo art. 37, XVI, da Constituição Federal (cargos privativos de profissionais de saúde com profissões regulamentadas), havendo **compatibilidade de horários** com as agendas que ofertarei neste credenciamento, comprometendo-me a apresentar declaração/certidão do órgão de origem e a informar qualquer alteração;
- d) não sou servidor(a) ou empregado(a) do Município de Japonvar/MG em situação que configure conflito de interesses, acumulação ilícita de cargos ou prestação de serviços em horário coincidente com o da jornada de trabalho;
- e) comprometo-me a comunicar imediatamente à Administração qualquer fato superveniente que altere as declarações acima.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, ciente de que a declaração falsa sujeita o declarante às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive às previstas nos arts. 155 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

Local/Data,.....de.....de 2026.

.....
(CPF/CNPJ E CARGO/QUALIDADE)

DECLARAÇÃO IV – CIÊNCIA E ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO EDITAL E DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ RG nº _____, médico(a) inscrito(a) no CRM-MG sob o nº _____ e RQE nº _____, residente em _____, atuando **em nome próprio (pessoa física)** ou **como representante legal da pessoa jurídica** _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____ com sede em _____ (manter somente a opção que se aplicar), interessado(a) em participar do **Credenciamento nº 004/2026 do Município de Japonvar/MG**, cujo objeto é a prestação de serviços médicos especializados na área de ultrassonografia para a Secretaria Municipal de Saúde, **DECLARO** que li e tenho pleno conhecimento do Edital de Chamamento Público nº 004/2026, do Termo de Referência e da minuta do Termo de Credenciamento, e que **aceito integralmente suas condições**, em especial que:

- a) o credenciamento é procedimento auxiliar, com **seleção a critério de terceiros**, cabendo ao usuário do serviço escolher, entre os credenciados, o profissional que realizará o exame, **não havendo garantia de demanda mínima, exclusividade ou indenização por vagas não preenchidas**;
- b) o valor unitário por exame realizado e laudado foi **fixado pela Administração**, é igual para todos os credenciados e é a única remuneração devida, correndo por minha conta as despesas com transporte, alimentação, hospedagem e demais encargos fiscais, previdenciários e trabalhistas;
- c) o serviço será executado nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, com o equipamento e os insumos do Município, ofertando no mínimo **25 (vinte e cinco) vagas por atendimento**, com disponibilidade de 1 (uma) vez por semana ou mais, conforme agenda definida em conjunto com o gestor de saúde;
- d) é **vedada** a captação de clientela, a oferta de vantagens a usuários ou servidores para obter a escolha, bem como a subcontratação ou o cometimento a terceiros do objeto sem autorização expressa da Administração;
- e) o pagamento será efetuado por exame efetivamente realizado e laudado, após atesto da fiscalização, nos prazos do Edital;
- f) o credenciamento poderá ser encerrado por denúncia de qualquer das partes, nos prazos do Edital, ou mediante **descredenciamento** por descumprimento, assegurados o contraditório e a ampla defesa, sem prejuízo das sanções dos arts. 155 a 163 da Lei nº 14.133/2021;
- g) o credenciamento é permanente durante a vigência do chamamento, e a inclusão na lista de livre escolha depende da regular habilitação.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, ciente de que a declaração falsa sujeita o declarante às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive às previstas nos arts. 155 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

Local/Data,.....de.....de 2026.

(CPF/CNPJ E CARGO/QUALIDADE)

DECLARAÇÃO V – DISPONIBILIDADE DE DIAS E HORÁRIOS PARA ATENDIMENTO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, RG nº _____ médico(a) inscrito(a) no CRM-MG sob o nº _____ e RQE nº _____ residente em _____, atuando **em nome próprio (pessoa física)** ou **como representante legal da pessoa jurídica** _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede em _____ (manter somente a opção que se aplicar), interessado(a) em participar do **Credenciamento nº 004/2026 do Município de Japonvar/MG**, cujo objeto é a prestação de serviços médicos especializados na área de ultrassonografia para a Secretaria Municipal de Saúde, **DECLARO** que tenho disponibilidade para prestar os serviços de ultrassonografia na Secretaria Municipal de Saúde de Japonvar/MG (Rua Florianópolis, nº 1840, Centro), com **frequência mínima de 1 (uma) vez por semana**, ofertando **no mínimo 25 (vinte e cinco) vagas por atendimento (agenda)**, nos dias e horários abaixo, que poderão ser ajustados em comum acordo com o gestor de saúde, mediante comunicação prévia:

Dia da semana	Horário inicial	Horário final	Vagas ofertadas
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			

Comprometo-me a: (i) cumprir pontualmente as agendas ofertadas; (ii) comunicar por escrito, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, a impossibilidade de comparecer, para reagendamento dos usuários; e (iii) manter atualizada a informação de disponibilidade, ciente de que a divulgação da minha agenda na lista pública de credenciados depende desta declaração.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, ciente de que a declaração falsa sujeita o declarante às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive às previstas nos arts. 155 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

Local/Data,.....de.....de 2026.

(CPF/CNPJ E CARGO/QUALIDADE)

DECLARAÇÃO VI – CUMPRIMENTO DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LGPD)

Eu, ... inscrito(a) no CPF sob o nº, RG nº, médico(a) inscrito(a) no CRM-MG sob o nº e RQE nº, residente em, atuando **em nome próprio (pessoa física)** ou **como representante legal da pessoa jurídica**, inscrita no CNPJ sob o nº, com sede em (manter somente a opção que se aplicar), interessado(a) em participar do **Credenciamento nº 004/2026 do Município de Japonvar/MG**, cujo objeto é a prestação de serviços médicos especializados na área de ultrassonografia para a Secretaria Municipal de Saúde, **DECLARO** que conheço a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) e me **comprometo** a:

- a) tratar os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis (dados de saúde) dos usuários a que tiver acesso **exclusivamente para a finalidade de realização e laudo dos exames** objeto do credenciamento, conforme as instruções do Município, na qualidade de controlador, vedada qualquer utilização para finalidade diversa, comercial ou de captação de clientela;
- b) preservar o sigilo profissional e a confidencialidade das informações, nos termos do Código de Ética Médica e da legislação, mesmo após o término do credenciamento;
- c) adotar medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados contra acessos não autorizados, perda, alteração, divulgação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, inclusive no uso de computadores, sistemas, impressoras e arquivos do Município;
- d) não copiar, fotografar, compartilhar ou armazenar imagens, laudos ou dados de pacientes em dispositivos, aplicativos ou contas pessoais, salvo quando expressamente autorizado e necessário à execução do serviço;
- e) comunicar ao Município, em até 24 (vinte e quatro) horas) do conhecimento, qualquer incidente de segurança, acesso indevido ou suspeita de vazamento de dados;
- f) atender às solicitações do Município relativas ao exercício dos direitos dos titulares e devolver ou eliminar os dados ao término do credenciamento, quando aplicável, ressalvadas as hipóteses legais de guarda;
- g) responder, nos termos da lei, pelos danos decorrentes de tratamento de dados realizado em desacordo com a LGPD ou com as instruções do Município.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, ciente de que a declaração falsa sujeita o declarante às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive às previstas nos arts. 155 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

Local/Data,.....de.....de 2026.

(CPF/CNPJ E CARGO/QUALIDADE)

DECLARAÇÃO VII – DADOS BANCÁRIOS E E-MAIL PARA COMUNICAÇÕES

Eu, ..., inscrito(a) no CPF sob o nº, RG nº, médico(a) inscrito(a) no CRM-MG sob o nº e RQE nº, residente em, atuando **em nome próprio (pessoa física)** ou **como representante legal da pessoa jurídica**, inscrita no CNPJ sob o nº, com sede em (manter somente a opção que se aplicar), interessado(a) em participar do **Credenciamento nº 004/2026 do Município de Japonvar/MG**, cujo objeto é a prestação de serviços médicos especializados na área de ultrassonografia para a Secretaria Municipal de Saúde, **INFORMO** os dados abaixo para recebimento dos pagamentos e para comunicações oficiais relativas ao credenciamento:

Campo	Informação
Titular da conta (nome/razão social)	
CPF/CNPJ do titular	
Banco (nome e código)	
Agência (com dígito)	
Conta (com dígito) e tipo (corrente/poupança)	
Chave PIX (opcional)	
E-mail principal para comunicações	
E-mail alternativo	
Telefone / aplicativo de mensagens	

DECLARO, ainda, que: (i) a conta informada é de **minha titularidade** (ou da pessoa jurídica que represento), sendo vedado o pagamento a terceiros; (ii) as notificações, convocações de agenda, intimações e demais comunicações enviadas ao e-mail acima serão consideradas **válidas e recebidas** no dia útil seguinte ao envio, cabendo-me manter a caixa de entrada ativa e verificada; e (iii) comunicarei por escrito à Secretaria Municipal de Saúde qualquer alteração dos dados, ficando o Município isento de responsabilidade por pagamentos ou comunicações realizados com base em dados desatualizados.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, ciente de que a declaração falsa sujeita o declarante às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, inclusive às previstas nos arts. 155 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

Local/Data,.....de.....de 2026.

(CPF/CNPJ E CARGO/QUALIDADE)