

ANEXO III - MODELO DE REQUERIMENTO/INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO AO ESTADO DO CEARÁ/ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE)

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA divulgado pelo Estado do Ceará/Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), objetivando a prestação de serviços nos termos do Chamamento Público Nº XXX/2026 (NUP 24001.008299/2026-46).

Nome: _____
Endereço: _____
Comercial: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CNPJ: _____
TELEFONE PARA CONTATO: _____
E-MAIL: _____

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), através de seus sócios e/ou diretores, infra – firmados, tendo em vista o CHAMAMENTO PÚBLICO no XXX/2026, para o credenciamento de pessoas jurídicas para receber patrocínio da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), cujo objeto da contratação é a divulgação da marca institucional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) em eventos e projetos, que promovam a imagem e ações do governo na área da saúde, com a divulgação de sua atuação, de programas e de políticas públicas, fortalecendo a comunicação com a sociedade, declara, sob as penas da lei, que:

Conhece e aceita as condições estabelecidas neste Edital de Chamamento Público; e,

Assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e à sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela ESP/CE e/ou pelos órgãos de controle.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE EMPREGADO MENOR

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), declaro, sob as penas da Lei, em atendimento ao quanto previsto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não empregamos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre menores de 18 (dezoito) anos, e de qualquer trabalho menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

ANEXO VI - MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

À

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)

Agente de Contratação

Chamamento Público nº /2026

A empresa [razão social], inscrita no CNPJ sob o [número], sediada na [nome da rua, número, bairro, cidade/estado], telefone [(código de área) número], e-mail [e-mail], neste ato representada pelo(a) Sr(a). [nome completo], portador(a) da cédula de identidade RG [número], inscrito(a) no CPF sob o [número], residente e domiciliado na [nome da rua, número, bairro, cidade/estado], DECLARA, sob as penas da lei e para fins de direito, em cumprimento ao instrumento convocatório da licitação supracitada, que:

I - Que não foi declarada inidônea por ato da Administração Pública;

II - Que não está suspensa de participar em licitações e impedida de contratar com o Município de Passo Fundo;

III - Que não foi penalizada pelo Município de Passo Fundo com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços prestados, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 02 (dois) anos;

IV - Que não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei nº 14.133/21, bem como no artigo 2º da Lei Municipal nº 5.188/16.

[cidade/estado], [data] de [mês] de [ano].

Assinatura

Nome completo

Cargo Representante Legal

[Dados da declarante: Razão social e carimbo do CNPJ]

ANEXO VII - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

A proponente abaixo assinada declara, na forma do § 5º do art. 156 da Lei nº 14.133/2021 e sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no Chamamento Público nº /2026, destinado ao credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em firmar contrato de patrocínio institucional com a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Declara, ainda, estar ciente de que os eventos e projetos deverão promover ou estar em consonância com a imagem, as ações, os programas e as políticas públicas do Governo do Estado do Ceará na área da saúde, da educação permanente em saúde, da formação profissional, da ciência, da inovação e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a comunicação institucional com a sociedade, observadas as condições estabelecidas no Termo de Referência e no Edital. Declara, por fim, que está ciente da obrigatoriedade de comunicar à Administração a ocorrência de quaisquer fatos supervenientes impeditivos à habilitação.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

