ANEXO IV
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2025

ANEXO IV – SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E DECLARAÇÕES

AO MUNICÍPIO DE NÃO-ME-TOQUE

DADOS CADASTRAIS			
Nome empresarial:			
Endereço:		Cidade:	UF:
Telefone:	Celular:	E-mail:	
CNPJ:	Inscrição Estadual (se houver):		
Responsável legal pela assinatura do contrato:			
E-mail e telefone do responsável legal:			

A empresa _____, conforme dados cadastrais acima, vem, por meio da presente, solicitar seu **CREDENCIAMENTO** para **prestação de serviços de atendimento em Fonoaudiologia a nível ambulatorial, com profissional devidamente habilitado e qualificado", sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Não-Me-Toque/RS**, nos itens abaixo:

Credenciar	ITEM	QUANTIDADE ESTIMADA MENSAL	UNIDADE DE MEDIDA	DESCRIÇÃO / ESPECIFICAÇÃO	VALOR POR ATENDIMENTO
( ) Sim ( ) Não	01	160 / mês	Unidade	Sessão de atendimento fonaudiológico para crianças (até 13 anos incompletos)	R$ 70,18 por atendimento/sessão /avaliação
( ) Sim ( ) Não	02	80/mês	Unidade	Sessão de atendimento fonaudiológico para adolescentes e adultos(acima de 13 anos)	R$ 70,18 por atendimento/sessão /avaliação
( ) Sim ( ) Não	03	50/mês	Unidade	Sessão de atendimento fonaudiológico para crianças até 13 anos incompletos com Transtorno do Espectro Autista-TEA	R$ 101,05 por atendimento/sessão /avaliação
( ) Sim ( ) Não	04	30/mês	Unidade	Sessão de atendimento fonoaudiológico - todas as faixas etárias para pacientes com sequelas neurológias(AVC,TCE,tumores), disfagia e demências.	R$ 102,22 por atendimento/sessão /avaliação Observação: Quando for necessário e mediante comprovação e autorização pela Secretaria de Saúde, nos casos de pacientes acamados e impossibilitados

					de locomoção, o atendimento poderá ser efetuado a domicílio, sendo acrescido 20% (vinte por cento) do valor da sessão de atendimento nestes casos.
( ) Sim ( ) Não	05	50/mês	Unidade	Sessão de atendimento fonaudiológico para pacientes acima de 13 anos de idade com Transtorno do Espectro Autista-TEA	R$ 101,05 por atendimento/sessão /avaliação

DECLARA, para os devidos fins:

1) QUE não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal e art. 68, VI, da Lei Federal 14.133/2021;

2) QUE até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação/credenciamento, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

3) QUE recebeu todos os documentos e informações, sendo orientado acerca de todas as regras, direitos e obrigações previstas no Edital de Credenciamento nº 04/2025, acatando-as em sua totalidade;

4) QUE tem conhecimento dos serviços para os quais solicita credenciamento e que os realizará de formasatisfatória;

5) QUE tem conhecimento das formas de seleção e convocação para a prestação dos serviços, bem como das formas e condições de pagamento;

6) QUE concorda e aceita em prestar os serviços para os quais se credencia pelos preços estipulados na Tabela de Valores prevista no Anexo II – Termo de Referência;

7) QUE dispõe, quando da convocação, local apropriado para a execução dos serviços e que os manterá em condições adequadas de uso, respeitando as normas e regulamentos aplicáveis aos serviços.

8) QUE dispõe, de local para atendimento dos pacientes, conforme descrito no item 7.6 do Termo de Referência – Anexo II do Edital de Credenciamento nº 04/2025.

9)

Não-Me-Toque/RS, de ____de ____de 2025.

_____

Nome, identificação e assinatura do representante legal