

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025
ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 1 – RELAÇÃO DE TODOS OS CONTRATOS E PARCERIAS FIRMADOS PELA PROPONENTE COM ENTES PÚBLICOS NA ÁREA DA SAÚDE, NOS ÚLTIMOS 05 ANOS E REGULARIDADE NAS RESPECTIVAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação dos Critérios 2.16 e 2.17 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE TODOS OS CONTRATOS E PARCERIAS FIRMADOS PELA PROPONENTE COM ENTE PÚBLICO NA ÁREA DA SAÚDE, nos últimos 05 anos, cujo objeto se trata de gestão ou execução direta de atividades e serviços em unidades de saúde, próprias ou sob gerenciamento da PROPONENTE, celebrados com entes públicos na área da saúde, estão abaixo relacionados e que TODAS AS PRESTAÇÕES DE CONTAS RELATIVAS AOS INSTRUMENTOS JURÍDICOS LISTADOS ESTÃO REGULARES .**

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

CNPJ do signatário	Identificação do	Ente Público	Objeto:	Início da vigência	Término da vigência	Status da prestação de	Observações (caso

Observação: Cada instrumento jurídico (contrato, termo aditivo, etc) deve estar em uma respectiva linha. Poderão ser acrescentadas quantas linhas forem necessárias, referentes aos instrumentos jurídicos que forem objeto da autodeclaração.

_____ (Município), ____ (dia) de _____ (mês) de ____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025

ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 2 – REGULARIDADE FISCAL EM RELAÇÃO ÀS OBRIGAÇÕES COM A FAZENDA PÚBLICA, TANTO TRIBUTÁRIAS QUANTO NÃO TRIBUTÁRIAS E AUSÊNCIA DE IMPEDIMENTO DE LICITAR E CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM RELAÇÃO A TODOS OS INSTRUMENTOS JURÍDICOS INDICADOS PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DO CRITÉRIO 2.17

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação do Critério 2.18 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE POSSUI REGULARIDADE FISCAL EM RELAÇÃO A SUAS OBRIGAÇÕES COM A FAZENDA PÚBLICA, TANTO TRIBUTÁRIAS QUANTO NÃO TRIBUTÁRIAS, NÃO POSSUINDO QUALQUER IMPEDIMENTO DE LICITAR E CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** para todos os instrumentos jurídicos informados para fins de cumprimento do critério 2.16.

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

_____ (Município), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025
ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 3 – EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR COM QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação do Critério 3.1 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE POSSUI EXPERIÊNCIA EM GERENCIAMENTO DE UNIDADE HOSPITALAR, PRÓPRIA OU SOB SUA GESTÃO, COM QUANTIDADE DE LEITOS REGISTRADOS NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS, POR NO MÍNIMO 24 MESES, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS** .

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

Código CNES da Unidade Hospitalar	CNPJ responsável pelo gerenciamento	Identificação do instrumento (tipo e	Tempo de experiência (em meses):	Nº

Observação: Cada experiência em gestão deve estar em uma respectiva linha. Poderão ser acrescentadas quantas linhas forem necessárias.

_____ (Município), ____ (dia) de _____ (mês) de ____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025
ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 4 – COMPROVAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA DA PROPONENTE

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação do Critério 3.2 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE POSSUI COMPROVAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA EM GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE COM ATIVIDADE HOSPITALAR E NÍVEL DE ATENÇÃO DE MÉDIA E/ALTA COMPLEXIDADE, PRÓPRIA OU SOB SUA GESTÃO, EMITIDA POR ÓRGÃO PÚBLICO COMPETENTE OU PELA PARTE SIGNATÁRIA CONTRATANTE**, para todos os instrumentos jurídicos informados para fins de cumprimento do critério 2.16.

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

_____ (Município), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025
ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 5 – IMPLEMENTAÇÃO DE SAÚDE DIGITAL PELA PROPONENTE (Critério 3.3)

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação do Critério 3.3 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE POSSUI EXPERIÊNCIA NA IMPLEMENTAÇÃO DE SAÚDE DIGITAL**, comprovada por atestado emitido por ente público ou privado, acreditação HIMSS ou similares, conforme exigências estabelecidas no referido Edital.

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

_____ (Município), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025

ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 6 – EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR COM UTI ADULTO COM HABILITAÇÃO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PEDIATRIA - INCLUSIVE CIRÚRGICA -, MATERNIDADE E CIRURGIA

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação dos Critérios 3.6, 3.7, 3.8, 3.9 e 3.10 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE POSSUI EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR, PRÓPRIA OU SOB SUA GESTÃO, NAS ÁREAS ABAIXO ELENCADAS** por período mínimo de 12 meses, consecutivos ou não, bem como **HABILITAÇÃO** em UTI Adulto (critério 3.6).

Área de experiência:
Unidade de Terapia Intensiva Adulto com Habilitação
Pediatria, inclusive cirúrgica
Maternidade
Cirurgia

Observações: a) Poderão ser acrescentadas ou suprimidas quantas linhas forem necessárias referentes às experiências objeto da autodeclaração;

b) Caso não tenha experiência em gestão de unidade hospitalar com serviços de UTI Adulto com habilitação no Ministério da Saúde, Pediatria, inclusive cirúrgica, Maternidade e Cirurgia, preencher as células da linha

_____ (Município), ____ (dia) de _____ (mês) de ____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

MODELO 7 – EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR CREDENCIADA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E/OU MULTIPROFISSIONAL, OU CERTIFICADA COMO HOSPITAL DE ENSINO

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____,

DECLARA, para fins de comprovação dos Critérios 3.11 e 3.12 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE POSSUI EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR, PRÓPRIA OU SOB SUA GESTÃO, CREDENCIADA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E/OU MULTIPROFISSIONAL, OU CERTIFICADA COMO HOSPITAL DE ENSINO**, por período mínimo de 12 meses, consecutivos ou não.

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

Área de experiência:	Especialidade	Código CNES da Unidade Hospitalar	CNPJ responsável pelo gerenciamento	Identificação do	Tempo de experiência
Programa de Residência Médica					
Programa de Residência Multiprofissional					
Hospital de Ensino					

Observações: a) Poderão ser acrescentadas ou suprimidas quantas linhas forem necessárias referentes às experiências objeto da autodeclaração;

b) Caso não tenha experiência em gestão de unidade hospitalar credenciada em programas de residência médica ou multiprofissional, ou certificada como hospital de ensino, preencher as células da linha correspondente com "N.A.", "Não se aplica" ou "-".

_____ (Município), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025
ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 8 – EXPERIÊNCIA NA EXECUÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS EM MONTANTE COMPATÍVEL COM O ORÇAMENTO MENSAL DO CONTRATO DE GESTÃO EM PARCERIA COM O PODER PÚBLICO

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____,

DECLARA, para fins de comprovação do Critério 3.13 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE POSSUI EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DECORRENTES PARCERIAS COM O PODER PÚBLICO (MUNICIPAL, ESTADUAL, DISTRITAL E/OU FEDERAL), EM UNIDADE PRÓPRIA OU SOB SUA GESTÃO, CUJO VALOR MÉDIO PLANEJADO PARA A EXECUÇÃO MENSAL SEJA COMPATÍVEL COM O ORÇAMENTO MENSAL DO CONTRATO DE GESTÃO OBJETO DESTE EDITAL.**

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

Código CNES da Unidade Hospitalar	CNPJ responsável pelo gerenciamento da	Identificação do instrumento (tipo e número):

Observações: a) Poderão ser acrescentadas ou suprimidas quantas linhas forem necessárias referentes às experiências objeto da autodeclaração;

_____ (Município), ____ (dia) de _____ (mês) de ____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025
ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 9 – EXPERIÊNCIA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E/OU GESTÃO HOSPITALAR JUNTO AO PODER PÚBLICO

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação do Critério 3.14 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **QUE POSSUI EXPERIÊNCIA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E/OU GESTÃO HOSPITALAR JUNTO AO PODER PÚBLICO** (municipal, estadual, distrital e/ou federal).

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

Código CNES da Unidade Hospitalar própria	CNPJ responsável pelo gerenciamento da	Identificação do instrumento (tipo e	Tempo de experiência (em meses):

Observações: a) Poderão ser acrescentadas ou suprimidas quantas linhas forem necessárias referentes às experiências objeto da autodeclaração;

_____ (Município), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025
ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 10 – EXPERIÊNCIA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SUS, TANTO EM EQUIPAMENTO PRÓPRIO, COMO EM EQUIPAMENTO GERIDO PELA PROPONENTE, POR MEIO DE PARCERIA

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação do Critério 3.15 do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei de Improbidade Administrativa, **EXPERIÊNCIA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SUS, TANTO COM EQUIPAMENTO PRÓPRIO COMO COM EQUIPAMENTO GERIDO PELA PROPONENTE, POR MEIO DE PARCERIA**. Serão aceitos documentos de comprovação emitidos nos **últimos 20 (vinte) anos**, contados até a data de publicação deste Edital.

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

Código CNES da Unidade Hospitalar própria	CNPJ responsável pelo gerenciamento da	Identificação do instrumento (tipo e	Tempo de experiência (em meses):

Observações: a) Poderão ser acrescentadas ou suprimidas quantas linhas forem necessárias referentes às experiências objeto da autodeclaração;

_____ (Município), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função:

EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2025
ANEXO VII - DECLARAÇÕES

MODELO 11 – DESENVOLVIMENTO DE PLANO DE INTEGRIDADE (Critério 4 – Desempate)

A (O) _____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o número _____,
com sede à _____

DECLARA, para fins de comprovação do Critério 4. do Anexo IV - B do Edital nº 01/2025, sob as penas de aplicação das disposições previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei Federal nº 8.429/1992, **QUE POSSUI PLANO DE INTEGRIDADE DESENVOLVIDO**, elaborado em conformidade com as orientações dos órgãos de controle e nos moldes do Decreto Estadual nº 12.304/2024, contendo, entre outros, os seguintes elementos: Comprometimento da alta direção; Código de conduta; Treinamentos periódicos; Canal de denúncias; Análise de riscos; Monitoramento e auditoria.

DECLARA, ainda, ciência do item 4.2.1 do Edital de Seleção Pública, comprometendo-se a apresentar, caso selecionada para 2ª fase, toda a documentação comprobatória relativa a este critério nos termos do quadro "DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NA 2ª FASE PELA PROPONENTE COM MAIOR PONTUAÇÃO", constante no Anexo IV - B deste Edital.

_____ (Município), _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).

(Representante legal)

RG:

CPF:

Cargo/Função: