



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VALE DO ANARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Avenida 23 de Agosto nº 140, Centro – CEP: 76.867-000

ANEXO I
TERMO DE RESPONSABILIDADE E/OU DECLARAÇÃO
DE COMPROMISSO

NOME			
NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL	
CPF Nº		PIS/PASEP Nº	
RG Nº	ORGAO EMISSOR		ESTADO
CARTEIRA DE TRABALHO Nº		SERIE Nº	ESTADO
ENDEREÇO			Nº
BAIRRO	CIDADE		ESTADO
CEP	TELEFONE COM DDD	E ZAP?	☐ SIM ☐ NÃO
NOME PESSOA DO CONTATO		EMAIL	

DADOS PROFISSIONAIS	
CARGO/FUNÇÃO PRETENDIDA:	
☐ MÉDICO(A) CLINICO GERAL	- Nº CRM: _____/ESTADO: _____
☐ MÉDICO(A) ESPECIALISTA	- Nº CRM: _____/ESTADO: _____
☐ ENFERMEIRO(A)	- Nº COREN: _____/ESTADO: _____
☐ TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM	- Nº COREN: _____/ESTADO: _____
☐ FARMACEUTICO(A)	- Nº CRF: _____/ESTADO: _____

DADOS BANCÁRIOS		
Nº DA CONTA (C/ DÍGITO SE HOUVER)	TIPO DA CONTA	☐ Corrente ☐ Poupança
Nº DA AGENCIA (C/ DÍGITO SE HOUVER)	OPERAÇÃO Nº	CIDADE E ESTADO DA AGENCIA
BANCO: ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL ou ☐ BANCO DO BRASIL		
OBS. A Prefeitura de Vale do Anari, realiza pagamentos para credenciados somente na Caixa Econômica Federal ou Banco do Brasil, nas contas corrente ou poupança.		

DECLARO, para os devidos e legais efeitos que me responsabilizo em cumprir todas as cláusulas estabelecidas no **Edital de Credenciamento nº 001/2026**, bem como as sanções e obrigações previstas no Edital e as exigências e demandas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde no decorrer da execução dos serviços, dos horários e locais estabelecidos pelo edital, ficando o Edital de Credenciamento como parâmetro legal para cumprimento de ambas as partes.

Vale do Anari/RO, _____de_____de_____

Assinatura do(a) Declarante



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VALE DO ANARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Avenida 23 de Agosto nº 140, Centro – CEP: 76.867-000

ANEXO II

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

NOME			
NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL	
CPF Nº		PIS/PASEP Nº	
RG Nº	ORGAO EMISSOR		ESTADO
CARTEIRA DE TRABALHO Nº	SERIE Nº		ESTADO
ENDEREÇO			Nº
BAIRRO	CIDADE		ESTADO
CEP	TELEFONE COM DDD	E ZAP?	☐ SIM ☐ NÃO
NOME PESSOA DO CONTATO		EMAIL	

DADOS PROFISSIONAIS	
CARGO/FUNÇÃO PRETENDIDA:	
☐ MÉDICO(A) CLINICO GERAL	- Nº CRM: _____/ESTADO: _____
☐ MÉDICO(A) ESPECIALISTA	- Nº CRM: _____/ESTADO: _____
☐ ENFERMEIRO(A)	- Nº COREN: _____/ESTADO: _____
☐ TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM	- Nº COREN: _____/ESTADO: _____
☐ FARMACEUTICO(A)	- Nº CRF: _____/ESTADO: _____

Venho **REQUERER** á análise da documentação em anexo, conforme Edital de Credenciamento n.º 001/2026 para prestar serviços de **PLANTÃO**, conforme **Lei Municipal n.º 985/2021 de 22/02/2021**, junto ao Hospital de Pequeno Porte – HPP, UBS Urbano, UBS São Marcos e Centro de COVID, no Município de Vale do Anari-RO.

Informo que examinei cuidadosamente o Regulamento do Credenciamento e seus anexos e inteirei de todos os seus detalhes e com ele, **CONCORDO**, bem como todas as dúvidas e/ou questionamentos formulados foram devidamente esclarecidos. Estou ciente e aceito todas as condições do Regulamento do Credenciamento e a elas, desde já, submeto-me.

Com isso, solicito que o presente pedido seja deferido para posterior assinatura de contratos, conforme necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Vale do Anari/RO.

Vale do Anari/RO, ____ de ____ de ____

Assinatura do(a) Declarante



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VALE DO ANARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Avenida 23 de Agosto nº 140, Centro – CEP: 76.867-000

ANEXO III

DECLARAÇÃO QUE CONCORDA COM AS CONDIÇÕES E CIÊNCIA DO EDITAL DE
CREDENCIAMENTO N.º 001/2026

NOME			
NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL	
CPF N°		PIS/PASEP N°	
RG N°	ORGAO EMISSOR		ESTADO
CARTEIRA DE TRABALHO N°	SERIE N°		ESTADO
ENDEREÇO			N°
BAIRRO	CIDADE		ESTADO
CEP	TELEFONE COM DDD	E ZAP?	☐ SIM ☐ NÃO
NOME PESSOA DO CONTATO		EMAIL	

DADOS PROFISSIONAIS	
CARGO/FUNÇÃO PRETENDIDA:	
☐ MÉDICO(A) CLINICO GERAL	- N° CRM: _____/ESTADO: _____
☐ MÉDICO(A) ESPECIALISTA	- N° CRM: _____/ESTADO: _____
☐ ENFERMEIRO(A)	- N° COREN: _____/ESTADO: _____
☐ TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM	- N° COREN: _____/ESTADO: _____
☐ FARMACEUTICO(A)	- N° CRF: _____/ESTADO: _____

DECLARO sob as penas da lei, que, concordo com as condições fixadas neste Edital e estou ciente com todo o conteúdo do Edital para posterior assinatura do contrato, me comprometo a prestar os serviços nas condições estipuladas e que possuo disponibilidade em prestar os serviços ora descrito nos termos deste Edital, assumindo a responsabilidade e sujeitando as penalidades legais, Responsabilizo também pela apresentação de toda documentação exigida.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Vale do Anari/RO, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Declarante



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VALE DO ANARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Avenida 23 de Agosto nº 140, Centro – CEP: 76.867-000

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

NOME			
NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL	
CPF Nº		PIS/PASEP Nº	
RG Nº	ORGAO EMISSOR		ESTADO
CARTEIRA DE TRABALHO Nº		SERIE Nº	ESTADO
ENDEREÇO			Nº
BAIRRO	CIDADE		ESTADO
CEP	TELEFONE COM DDD	E ZAP?	☐ SIM ☐ NÃO
NOME PESSOA DO CONTATO		EMAIL	

DADOS PROFISSIONAIS	
CARGO/FUNÇÃO PRETENDIDA:	
☐ MÉDICO(A) CLINICO GERAL	- Nº CRM: _____/ESTADO: _____
☐ MÉDICO(A) ESPECIALISTA	- Nº CRM: _____/ESTADO: _____
☐ ENFERMEIRO(A)	- Nº COREN: _____/ESTADO: _____
☐ TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM	- Nº COREN: _____/ESTADO: _____
☐ FARMACEUTICO(A)	- Nº CRF: _____/ESTADO: _____

DECLARO, sob as penas da Lei que, até a presente data não fui considerado(a) **INIDÔNEA** para contratar com a Administração Pública.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Vale do Anari/RO, _____de_____de_____

Assinatura do(a) Declarante



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE VALE DO ANARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Avenida 23 de Agosto nº 140, Centro – CEP: 76.867-000

ANEXO V

DADOS PARA ELABORAÇÃO DO TERMO DE COMPROMISSO

NOME			
NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL	
CPF Nº		PIS/PASEP Nº	
RG Nº	ORGAO EMISSOR		ESTADO
CARTEIRA DE TRABALHO Nº	SERIE Nº		ESTADO
ENDEREÇO			Nº
BAIRRO	CIDADE		ESTADO
CEP	TELEFONE COM DDD	E ZAP?	☐ SIM ☐ NÃO
NOME PESSOA DO CONTATO		EMAIL	

DADOS PROFISSIONAIS	
CARGO/FUNÇÃO PRETENDIDA:	
☐ MÉDICO(A) CLINICO GERAL	- Nº CRM: _____/ESTADO: _____
☐ MÉDICO(A) ESPECIALISTA	- Nº CRM: _____/ESTADO: _____
☐ ENFERMEIRO(A)	- Nº COREN: _____/ESTADO: _____
☐ TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM	- Nº COREN: _____/ESTADO: _____
☐ FARMACEUTICO(A)	- Nº CRF: _____/ESTADO: _____

DADOS BANCÁRIOS		
Nº DA CONTA (C/ DÍGITO SE HOUVER)	TIPO DA CONTA	☐ Corrente ☐ Poupança
Nº DA AGENCIA (C/ DÍGITO SE HOUVER)	OPERAÇÃO Nº	CIDADE E ESTADO DA AGENCIA
BANCO: ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL ou ☐ BANCO DO BRASIL		
OBS. A Prefeitura de Vale do Anari, realiza pagamentos para credenciados somente na Caixa Econômica Federal ou Banco do Brasil, nas contas corrente ou poupança.		

OBS: Em caso de representação por procurador, juntar o instrumento de mandato específico para assinatura do Termo.

Assinatura do(a) Responsável
pelas informações

OBS: Solicitamos a gentileza de preencher este formulário e entregá-lo com o envelope da documentação. Caso essa pessoa seja Credenciada, estes dados facilitarão a elaboração e assinatura do Termo de Compromisso referente a este procedimento de credenciamento.