



ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DO EDITAL, DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS DE PARTICIPAÇÃO DE CREDENCIAMENTO, DA CIÊNCIA E ACEITAÇÃO QUANTO À DISPOSIÇÃO DE LOCAIS E ESCALAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, DO NÃO ENQUADRAMENTO EM GRUPO DE RISCO DA COVID 19 OU OUTRAS SÍNDROMES GRIPAIS, VERACIDADE E CONCORDÂNCIA

DECLARO, para comprovação, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí – GO, conforme previsto no **Edital de Credenciamento nº 001/2025 – FMS**, sob as penas da lei, para fins de habilitação, que:

Atendo a todos os requisitos exigidos no **Edital de Credenciamento nº 001/2025**, incluindo os relativos à formação profissional, habilitação legal para o exercício da função, comprovação de experiência e demais exigências constantes no referido instrumento convocatório;

Não estou impedido(a) de participar de licitações/credenciamentos promovidas pela Município de Itaberaí, Estado de Goiás, e nem fui declarado(a) inidônea(o) para licitar/credenciar/contratar, inexistindo até a presente data fatos impeditivos para seu credenciamento ou que invalide a minha participação no **CREDENCIAMENTO nº 001/2025 - FMS**, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Tenho ciência de que a prestação dos serviços poderá ocorrer em quaisquer unidades integrantes da **Rede de Atenção Primária à Saúde - APS**, e demais estruturas vinculadas ao Fundo Municipal de Saúde, conforme a necessidade da administração;

Declaro minha aceitação expressa e irrestrita à designação para diferentes locais, turnos e escalas de prestação dos serviços, inclusive aos fins de semana, feriados e em regime de plantão, conforme as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;

Estou ciente de que o não cumprimento das condições ora aceitas poderá implicar em descredenciamento, rescisão contratual e demais sanções administrativas cabíveis, nos termos do edital e da legislação vigente.

Que não me enquadro nos grupos de risco para COVID-19 e outras síndromes gripais abaixo elencados, conforme “*Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais*” do Ministério da Saúde:

1. Trabalhadores imunodeprimidos ou com doenças crônicas graves:

- a) *Imunossupressão associada a medicamentos como corticoide em uso prolongado, quimioterápicos e inibidores de TNF-alfa;*
- b) *Neoplasias;*
- c) *HIV/Aids;*
- d) *Doenças hematológicas graves, como anemia falciforme;*
- e) *Cardiopatas graves ou descompensadas, como insuficiência cardíaca, infarto, revascularização e arritmia;*



- f) Pneumopatias graves ou descompensadas, com dependência de oxigênio, asma moderada ou grave, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC e tuberculose;*
- g) Transtornos neurológicos e de desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração, como lesão medular, acidente vascular encefálico (AVE) e doenças neuromusculares;*
- h) Hepatopatias crônicas, como atresia biliar, hepatites crônicas e cirrose;*
- i) Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);*
- j) Diabetes insulino-dependente.*

DECLARO ainda que, as informações e documentos apresentados são verdadeiros, bem como, que concordo com as cláusulas estabelecidas no Edital de **Credenciamento nº 001/2025** da Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí.

Profissionais Gestantes ou lactantes de crianças até 1 (um) ano de idade*: DECLARO QUE, fico responsável por comunicar à Secretaria Municipal de Saúde sobre o estado de gravidez a qualquer momento do contrato.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente termo para que produza os efeitos legais.

Itaberaí – GO, na data assinada no sistema.

Assinatura digital