**ANEXO II**

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**

| **Requerimento de Credenciamento – Edital n. 47/2019.001** |
| --- |
| Razão Social: |
| CNPJ: |
| Endereço: |
| Bairro: | Cidade: | UF: |  CEP: |
| Telefone Fixo: | Celular: |
| E-mail: |
| Banco: | C/C: | Agência: |
| Representante(s) Legal(is): |
| CPF: | Telefone: |
| DECLARO, EXPRESSAMENTE, que cumpro e acato as normas estabelecidas no edital de credenciamento, que estou plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, que cumpro os requisitos de habilitação, que encaminho em anexo os documentos necessários. |
| DECLARO, ainda, sob as penas da lei, que não emprego menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do art. 7°, inciso XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como não sou inidôneo para licitar e contratar com a Administração Pública, nem suspenso de licitar ou contratar com este Tribunal de Justiça de Santa Catarina. |
| DECLARO**,** por fim, sob as penas da lei, que não possuo sócio que seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, dos respectivos membros ou juízes vinculados, ou servidor investido em cargo de direção e de assessoramento deste Poder Judiciário, nos termos do inciso V, do art. 2º, da Resolução CNJ n. 7/2005, alterada pela Resolução CNJ n. 229/2016. |
| DECLARO, EXPRESSAMENTE, que cumpro e acato as normas estabelecidas no edital de credenciamento, e que os serviços serão prestados por esta empresa sem a realização de subcontratação para a execução de quaisquer de suas atividades fim. |
| DECLARO, EXPRESSAMENTE, que estou apta/habilitada para exercer a atividade de vacinação, bem como cumpro todos os requisitos estabelecidos pela ANVISA e todas as demais legislações pertinentes. |
| DECLARO, EXPRESSAMENTE, que o descarte de agulhas, seringas e demais produtos utilizados para a imunização seguirá rigorosamente os critérios estabelecidos pela ANVISA e todas as demais legislações aplicáveis. |
| Para as empresas localizadas no Estado de Santa Catarina: |
| DECLARO, EXPRESSAMENTE, que sou habilitada pela Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina para exercer atividades de vacinação, bem como cumpro todos os requisitos estabelecidos nos normativos aplicáveis. |

Nestes termos, requer deferimento.

................................., ....... de ................... de 20xx.

(Cidade e Data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e indicação do nome do representante legal da credenciada.