**NOME OU LOGO DA EMPRESA**

**CNPJ**

Endereço Centro

Cascavel-PR

Ao **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná** **–** **CISOP**

CREDENCIAMENTO, objetivando a prestaçãode serviços médicos na especialidade de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, nos termos do CHAMAMENTO PÚBLICO nº 02/2019.

Razão Social:

Nome de Fantasia:

Endereço Comercial:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone: CNPJ:

E-mail:

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

CNES/MS do Estabelecimento:

CNS/MS dos Profissionais:

Nome do Banco: Agência: Conta Corrente:

Representante Legal:

CPF:  RG: Expedida por:

Endereço:

Cidade: Bairro: CEP:

Responsável Técnico:

CRM: RG: CPF:

Procedimentos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **LOTE** | **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO** | **VALOR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Para todos os fins de direito, declaramos que:

1. Estamos cientes e concordamos com as condições estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 02/2019, inclusive quanto à forma de atendimento e tabela de preços.

2. Comprometemo-nos fornecer ao CISOP quaisquer informações ou documentos solicitados referentes aos serviços prestados aos seus beneficiários.

3. Temos o conhecimento de que nos é vedado cobrar honorários, a qualquer título, direta ou indiretamente dos beneficiários, pelos serviços prestados.

4. Informaremos, de imediato, toda e qualquer alteração que venha a ocorrer em nossos dados cadastrais.

5. A prestação dos serviços a que nos propomos não implicará em qualquer vinculação empregatícia com o CISOP, não podendo, portanto, pretender ou exigir vantagens daí decorrentes. Para a análise e decisão sobre o referido credenciamento, anexamos cópia da documentação exigida no Chamamento acima citado.

6. Declaramos que possuímos condições de cumprir as exigências mínimas, para realização dos serviços a serem prestados, no que se refere aos recursos tecnológicos, uso de microcomputadores em ambiente Windows com Word, Excel, Access ou compatíveis e leitura de CD ROM; Acesso a internet banda larga e e-mail; Telefone fixo e Fax.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Nome do representante legal da empresa solicitante)   
(Assinatura do representante legal da empresa solicitante)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Nome do médico responsável técnico da empresa solicitante)  
(Assinatura do médico responsável técnico com carimbo)*