**(Preencher em papel timbrado/personalizado da empresa solicitante)**

**ANEXO I DO EDITAL**

**MODELO PARA CREDENCIAMENTO**

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

CREDENCIAMENTO, objetivando a prestação de serviços médicos na especialidade de , nos termos do CHAMAMENTO PÚBLICO nº 02/2023.

Razão Social: Nome de Fantasia: Endereço Comercial: Bairro 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 nº RG nº: Expedida por: Endereço: Cidade: Bairro: CEP: Responsável Técnico: CRM nº: RG nº. CPF:

Procedimentos:

(Relacionar os códigos de acordo com a Tabela Própria do CISOP**)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 02/2023, 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_ .

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

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

OBS: Esta declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa proponente e carimbada com o número do CNPJ.