**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

## Modelo 1 – Requerimento de 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 01/2024.

Razão Social: CNPJ:

Nome de Fantasia:

Endereço Comercial:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone:

E-mail:

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

CNES/MS do Estabelecimento:

CNS/MS dos Profissionais:

Representante Legal:

CPF: RG: Expedida por:

Endereço:

Cidade: Bairro: CEP:

Responsável Técnico:

CRM: RG: CPF:

**CISOP – AMBULATÓRIO AME, UNIDADES DESCENTRALIZADAS, CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS**

(RELACIONAR ITENS DE ACORDO COM TABELA VIGENTE DO CISOP)

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

**CISOP – CIRURGICO**

(RELACIONAR ITENS DE ACORDO COM TABELA VIGENTE DO CISOP)

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

**RAZÃO SOCIAL OU LOGO DA EMPRESA**
**Endereço completo**

**CISOP – QUALICIS**

(RELACIONAR ITENS DE ACORDO COM TABELA VIGENTE DO CISOP)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTE** | **ITEM** | **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 01/2024, 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 acesso internet.

Município, \_\_\_\_\_ 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)**