**ANEXO II – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – 2023**

**TIMBRE DA EMPRESA**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Ivaiporã**

O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA AMBULATÓRIO ESCOLA, Chamamento público nº. 06/2023**, do **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã,** objetivando a prestação de serviço dos procedimentos descritos na tabela abaixo:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

CEP: FONE COMERCIAL: CELULAR:

MUNICÍPIO: UF

**DADOS BANCARIOS**: O**BRIGATÓRIO QUE SEJA BANCO DO BRASIL**

**BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:** | | **QUANTIDADE (mês)** | **QUANTIDADE(Ano)** | **VALOR DO PROCEDIMENTO** |
| Consulta médica especializada (ambulatório médico escolar) | |  |  |  |
|  |  |  |
| **QTDE/ DIA** | **DIAS DE ATENDIMENTOS** | **LOCAL DE ATENDIMENTO** | | |
|  |  |  | | |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO (S) PROFISSIONAL(S) QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS** | **CPF** | **RG:** | **CRM Nº** | **TELEFONE DO MÉDICO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Local / data/ ano

Declaro que conheço e concordo com os termos constantes do Edital de Credenciamento e seus Regulamentos.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

DA EMPRESA REQUERENTE

**TIMBRE DA EMPRESA**

**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – PARANÁ.**

Declaro para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área da saúde, que não fui declarado inidôneo para contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

**CIDADE, DATA, MÊS ANO.**

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

NOME DA EMPRESA

REQUERENTE

**TIMBRE DA EMPRESA**

**ANEXO IV – Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da DE IVAIPORÃ – Estado do Paraná**

Declaro para os fins de direito e sob as penas impostas pela Lei nº. 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e demais legislação pertinente, o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

     Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

**CIDADE, DATA, MÊS ANO.**

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

NOME DA EMPRESA

REQUERENTE