**ANEXO I**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA TELEMEDICINA divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM objetivando a prestação de serviços nos termos do chamamento público.

Declaro que a interessada cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento, que estou plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, bem como que cumpro os requisitos de habilitação, conforme documentos apresentados em anexo.

**Razão Social:**

**Nome Fantasia:**

**CNPJ nº:**

**Inscrição Estadual:**

**Micro Empresa: ( ) Não ( ) Sim**

**Optante Simples:( ) Não ( ) Sim**

**Número do CNAE Nacional: Descrição:**

**Endereço:**

**Município: UF:**

**CEP:**

**Telefone Comercial: ( ) Telefone Celular: ( ) DADOS BANCÁRIOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BANCO:** | **CÓDIGO DO BANCO:** | **AGÊNCIA:** |
| **TIPO DE CONTA:** | **OPERAÇÃO:** | **N° DA CONTA:** |
| **CIDADE E UF DA AGENCIA:**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | **REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR** | **CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ESPECIALIDADE | DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME | QUANTIDADE |
|  |  |  |

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROFISSIONAL** | **CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF** | **REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR** | **N° REGISTRO CONSELHO COMPETENTE** | **TELEFONE** |
|  |  |  |  |  |

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF** | **REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR** | **E-MAIL** | **TELEFONE** |
|  |  |  |  |  |

**ESPECIALIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFISSIONAL** | **ESPECIALIDADE** |
| Inserir o profissional | Inserir a especialidade que irá prestar o serviço. |

**LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO** | **INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ANTEDIMENTO**(anexar alvará ou licença sanitária do local, junto a esse anexo). |

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL