

CNPJ: 02.586.019.0001-97

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 PARA LAUDOS EXAMES DE TELEMEDIDICINA - Chamamento público nº. 07/2021, do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã, objetivando a prestação de serviço dos procedimentos descritos na tabela abaixo:

na tabela abaixo:				
RAZÃO SOCIAL:				
CNPJ:				
ENDEREÇO:				
CEP:	FONE COMERCIAL:		CELULAR:	
MUNICÍPIO:		UF		
DADOS BANCARIOS: OBRIGATÓRIO QUE SEJA BANCO DO BRASIL				

AGÊNCIA:

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO DE		QUANTIDADE	QUANTIDADE	VALOR DO
	PROCEDIMENTO/EXAMES		(mês)	(Ano)	PROCEDIMENTO
OWDE (D.)			TOGAL DE AME		
QTDE/ DIA	DIAS DE ATENDIMENTOS		LOCAL DE ATENDIMENTO		
			-		
NOME DO (S) PROFISSIONAL(S) QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS		CPF	RG:	CRM N°	TELEFONE DO MÉDICO

CONTA CORRENTE:

Local / data/ ano

BANCO:

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



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



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

