

ANEXO II

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2025 – CIS5ªRS

CREENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS.

À Comissão de Licitação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná,

O interessado abaixo qualificado requer sua Inscrição no Credenciamento de Pessoas Jurídicas da área de Saúde para Prestação de Serviços de Consultas Especializadas divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná, nos termos do Edital de Credenciamento Público nº. 001/ 2025.

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço comercial: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CNPJ: _____

Inscrição Estadual: _____ CNES: _____

Tenho interesse em me credenciar para atendimento(s) na(s) sede(s) do(s) Município(s) de:

() Guarapuava

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE PRESTARÃO OS SERVIÇOS

| NOME | Nº CELULAR | ESPECIALIDADE | REGISTRO PROFISSIONAL/RQE |
|------|------------|---------------|---------------------------|
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

O interessado declara que os profissionais acima citados possuem capacidade técnica e estão disponíveis a prestar o atendimento aos usuários do CIS5ªRS.

RELAÇÃO DE CONSULTAS

| ESPECIALIDADE | DISPONIBILIDADE DE CONSULTAS P/SEMANA | DIAS E HORÁRIOS DISPONÍVEIS (SEG-SEXTA) |
|---------------|---------------------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |

O interessado declara conhecer o edital de Chamamento Público nº 001/2025 e seus anexos, e que a inscrição para a participação neste Credenciamento implica na aceitação integral e irrestrita das suas condições. No mesmo sentido, declara que conhece que a forma de pagamento dos prestadores que será realizado SOMENTE através de transferência bancária em conta corrente de titularidade da Empresa CONTRATADA, preferencialmente na Caixa Econômica Federal.

Desta forma, a agência de depósito referente aos serviços prestados é:

Banco: _____

Agência: _____

Conta Corrente: _____

Guarapuava, ____ de _____ 2025.

Assinatura do representante legal da empresa
Nome completo do representante legal
Carimbo da empresa