**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2022 – CIS5ªRS**

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, NO AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DO CONSÓRCIO CIS5ªRS E EM SUA SUBSEDE EM LARANJEIRAS DO SUL, PARA ATENDIMENTO A DEMANDA ACOMETIDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS.**

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

O interessado abaixo qualificado requer sua Inscrição no Credenciamento de Pessoas Jurídicas da área as Saúde para Prestação de Serviços de Consultas Especializadas divulgado pelo Consórcio Intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná, nos termos do Edital de Credenciamento Público nº. 001/ 2022.

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

( ) Laranjeiras do Sul

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 | DISPONILIDADE DECONSULTAS P/SEMANA | DIAS E HORÁRIOS DISPONIVEIS (SEG-SEXTA) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

O interessado declara conhecer o edital de Chamamento Público nº 001/2022 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 deposito referente aos serviços prestados é:

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guarapuava, \_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022.

**Assinatura do representante legal da empresa**

**Nome completo do representante legal**

**Carimbo da empresa**