**ANEXO I**

(Em papel timbrado)

|  |
| --- |
| Ao CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS, |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome jurídico completo), abaixo qualificado, requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO 02/2020 DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE, divulgado pelo CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS**, objetivando a prestação de serviços na especialidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CIDADE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CIDADE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº REG. CONSELHO DE CLASSE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS:

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

(Relacionar de acordo com a Tabela do CRIS, Anexo IV, os serviços pretendidos)

MUNICÍPIO(S) DE INTERESSE:

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

(Relacionar os Municípios ao qual tem interesse prestar serviços, considerando a possibilidade de deslocamento até a respectiva cidade)

Tupã - SP, \_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2.020.

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

(nome e assinatura do solicitante)

## ANEXO II

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

 Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciando(s) do Cadastramento de Profissionais do **CREDENCIAMENTO 02/2020 DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE**, instaurado pelo CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS, que não sou (somos) declarado(s) inidôneo(s) para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

 Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

 Tupã-SP, \_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2.020.

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

Assinatura do Responsável.

**ANEXO III**

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

DECLARAÇÃO DE OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

 Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciando(s) do Cadastramento de Profissionais do **CREDENCIAMENTO 02/2020 DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE**, que cumpri(mos) o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

 Tupã, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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

 Assinatura do Responsável Legal.

ANEXO V

INFORME DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONFORME EDITAL CREDENCIAMENTO 02/2020 DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE.

 A finalidade do presente é informar a esse Consórcio que a partir da assinatura do termo contratual, estaremos iniciando a prestação dos serviços para **credenciamento 02/2020**, aos pacientes encaminhados pelos Municípios Consorciados.

 Endereço para atendimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Endereço eletrônico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A média de atendimentos possíveis por semana, dias da semana e horário para atendimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos do CRIS que a mim(nós) serão cedidos, bem como utilizar o sistema informatizado de agendamento de consultas.**

Atenciosamente,

Tupã, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2.020

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

Assinatura do representante da

Empresa interessada

 (em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO VII

CREDENCIAMENTO Nº 02/2.020

***PROCURAÇÃO***

OUTORGANTE (EMPRESA): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede na Rua/Avenida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_, registrado no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representado por seu proprietário Sr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF/MF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/Avenida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na Cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

OUTOGADO (REPRESENTANTE DA EMPRESA): Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profissão/função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/Avenida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n°\_\_\_, Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_, tel. ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

PODERES: Com fins específicos de representação no Processo de Credenciamento do CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, conforme Edital **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2.020

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

ASSINATURA DO OUTORGANTE.