

ANEXO VI

**PROCESSO LICITATÓRIO 09/2023
INEXIGIBILIDADE 04/2023
CREDENCIAMENTO 04/2023**

FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____
CNPJ Nº _____
Nº do Alvará da Vigilância Sanitária: _____
Data de emissão _____ Data da Validade: _____
Inscr. Estadual _____ Inscr. Municipal: _____
Representante legal: _____ RG: _____ CPF: _____

Responsável Técnico: _____
Nº de Registro no Conselho da Categoria: _____

Especialidade/Atividade: _____
(ÁREA A SER CREDENCIADA)

Endereço da Pessoa Jurídica: _____ Cidade: _____
/ MG CEP: _____
E-mail: _____ Telefones: () _____

Solicita credenciamento junto ao Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Médio Espinhaço - CISAME, para o (s) seguinte (s) serviço (s) _____ e na(s) especialidade(s) _____.

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Conceição do Mato Dentro, ____ de _____ de 202_

Razão Social da Empresa
Nome do responsável/procurador
Cargo do responsável/procurador
N.º do documento de identidade

