

**ANEXO VI**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 19/2023  
INEXIGIBILIDADE Nº 09/2023  
CREDENCIAMENTO Nº 08/2023**

**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

