



Consórcio Intermunicipal  
de Saúde do  
Médio Espinhaço  
CNPJ: 31.974.558/0001-00

**CNPJ: 31.974.558/0001-00**  
Rua Daniel de Carvalho, nº 356-A, Centro, Conceição do Mato Dentro/MG -  
CEP: 35860-000  
E-mail: atendimento.cisame@gmail.com

## ANEXO VI

### PROCESSO LICITATÓRIO 02/2024 INEXIGIBILIDADE 02/2024 CREDENCIAMENTO 02/2024

#### FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO - PESSOA JURÍDICA

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

**Obs.: A presente declaração deverá ser apresentada preferencialmente em papel timbrado do licitante.**



Consórcio Intermunicipal  
de Saúde do  
Médio Espinhaço

CNPJ: 31.974.558/0001-00  
Rua Daniel de Carvalho, nº 356-A, Centro, Conceição do Mato Dentro/MG -  
CEP: 35860-000  
E-mail: atendimento.cisame@gmail.com

## ANEXO VI/A

### PROCESSO LICITATÓRIO 02/2024 INEXIGIBILIDADE 02/2024 CREDENCIAMENTO 02/2024

#### FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO – PESSOA FÍSICA

Nome \_\_\_\_\_  
Conselho de Classe: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Data da Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Nacionalidade \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ / MG CEP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

Nº do Alvará da Vigilância Sanitária do local de prestação do serviço: \_\_\_\_\_  
Data de emissão \_\_\_\_\_ Data da Validade: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_  
Nº de Registro no Conselho da Categoria: \_\_\_\_\_

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...

.....  
Assinatura do interessado