



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIUMHI

Estado de Minas Gerais
C.N.P.J. 16.781.346/0001-04

Rua Padre Abel 332 - Centro
CEP 37925-000 - Piumhi - MG
Tel.: (37) 3371-9200

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE LOCAL DE ATENDIMENTO E MÉDICO RESPONSÁVEL

A empresa/licitante _____,
inscrita no CNPJ/CPF nº _____, por meio de seu
representante legal abaixo assinado, **DECLARA**, para fins de **credenciamento**,
que:

1. Os atendimentos médicos oftalmológicos objeto do credenciamento **serão realizados no perímetro urbano do Município de Piumhi – MG**, no seguinte local:

(Nome do Estabelecimento / Endereço completo do local de atendimento)

2. O médico responsável técnico e executor dos atendimentos será:

Nome do médico: _____
Especialidade: Oftalmologista
CRM: _____ / **UF:** _____

3. O referido profissional encontra-se regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina, estando apto a realizar os atendimentos médicos previstos no objeto do credenciamento.
4. A licitante compromete-se a manter a Secretaria Municipal de Saúde Pública atualizada a cerca do local dos atendimentos, sobre as condições adequadas de funcionamento, bem como a cumprir toda a legislação sanitária, ética e profissional aplicável.

Declaramos, por fim, que as informações acima são verdadeiras, assumindo inteira responsabilidade civil, administrativa e legal por sua veracidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIUMHI

Estado de Minas Gerais
C.N.P.J. 16.781.346/0001-04

Rua Padre Abel 332 - Centro
CEP 37925-000 - Piumhi - MG
Tel.: (37) 3371-9200

Nome do representante legal

CPF: _____

Cargo: _____

Assinatura do médico responsável

Nome: _____

CRM: _____

Piumhi – MG, ____ de _____ de ____.