

ANEXO IV

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2024/CRBM-4

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO

(Papel timbrado da empresa)

Ao CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA – 4ª REGIÃO – CRBM-4

A CREDENCIADA (NOME) _____,
com sede à (ENDEREÇO) _____, CPF nº (Nº CPF)
_____, vem por meio deste, solicitar o seu Credenciamento,
como empresa de transporte aéreo regular, doravante denominada credenciada,
para fornecimento de passagens em linhas aéreas regulares domésticas e
internacionais, sem o intermédio de agência de viagens e turismo, para fins de
transporte de conselheiros/as, delegados/as, empregados/as ou colaboradores
eventuais em viagens a serviço do Conselho Regional de Biomedicina – 4ª Região,
compreendendo a reserva, inclusive de assento, garantindo acessibilidade para
pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida), respeitando o previsto na Lei
Federal Nº 13.146/2015, a qual Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com
Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), a Lei Federal Nº 10.098/2000, que
estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das
pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, emissão,
remarcação, cancelamento e reembolso, conforme especificações e condições
constantes no edital.

Compromete-se a fornecer ao Conselho Regional de Biomedicina – 4ª
Região, quaisquer informações ou documentos solicitados, referentes a
atendimentos realizados.

Declara que está ciente de que a qualquer momento, o Conselho
Regional de Biomedicina – 4ª Região poderá cancelar o credenciamento nos termos
do respectivo contrato.

Declara, também, que possui conhecimento de que é vedado cobrar
honorários, a qualquer título.

Declara, por fim, com o objetivo de manter o cadastro de credenciamento
sempre atualizado, que informará, de imediato, toda e qualquer alteração que venha
a ocorrer nos dados cadastrais da Credenciada.

Na eventualidade de ser credenciada, indica para a assinatura do contrato
seu representante legal Sr. (NOME) _____ CPF nº (Nº
CPF) _____.

[Cidade], (dia da semana), ____ de _____ de _____

Assinatura do Representante Legal da CREDENCIADA
NOME/CARGO/CPF