

ANEXO IV - MODELO
Requerimento de Credenciamento
Chamamento Público nº 001/2024

_____ (nome da empresa) (pessoa física), inscrita no CPF/CNPJ sob nº _____, vem por intermédio de seu representante legal, _____ (nome do responsável), **apresentar seu interesse em se credenciar** junto ao Município de São Jerônimo no Chamamento Público nº 001/2024 cujo objeto é **o credenciamento de serviços médicos, através de consultas médicas, para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Jerônimo.**

- A interessada realizará as consultas nos dias e horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde ou em horários previamente combinados (de segunda-feira a sexta-feira, com início pela manhã das 8h às 12h, com intervalo de 1h, retornando às 13h até as 17h). Bem como a interessada possui condições de atender o quantitativo máximo mensal de consultas referentes ao(s) item(ens) abaixo:

Item	Descrição do item	Unidade	Quantidade estimada mensal
1	Consulta Médica - Clínica Geral Descrição complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	Capacidade máxima mensal
2	Consulta Médica - Clínica Geral. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	Capacidade máxima mensal
3	Consulta Médica - Geriatria / Gerontologia. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	Capacidade máxima mensal
4	Consulta Médica - Geriatria / Gerontologia. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	Capacidade máxima mensal
5	Consulta Médica - Clínica Geral. Descrição complementar: Especialista em medicina de Família e Comunidade ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	Capacidade máxima mensal
6	Consulta Médica - Clínica Geral. Descrição complementar: Especialista em medicina de Família e Comunidade ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	Capacidade máxima mensal
7	Consulta Médica – Pediatria. Descrição complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	Capacidade máxima mensal
8	Consulta Médica – Pediatria. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	Capacidade máxima mensal
9	Consulta Médica – Pneumologia. Descrição complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	Capacidade máxima mensal
10	Consulta Médica – Pneumologia Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	Capacidade máxima mensal
11	Consulta Médica - Ginecologia / Obstetrícia. Descrição complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	Capacidade máxima mensal
12	Consulta Médica - Ginecologia / Obstetrícia. Descrição complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	Capacidade máxima mensal

13	Consulta Médica - Otorrinolaringologia (Ouvido) Descrição Complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	Capacidade máxima mensal
14	Consulta Médica - Otorrinolaringologia (Ouvido) Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	Capacidade máxima mensal
15	Consulta Médica - Psiquiatra. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	Capacidade máxima mensal
16	Consulta Médica - Psiquiatra Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	Capacidade máxima mensal

Ou, caso a empresa não possua condições para atendimento do quantitativo máximo descrito no Termo de Referência, deverá a indicar a quantidade máxima que se propõe a realizar, bem como, os dias e horários de atendimento.

- A interessada se dispõe a realizar os atendimentos nas Unidades de Saúde do Município, nos dias _____ (dias da semana) _____, do horário das _____ às _____. Bem como a interessada possui condições de atender as demandas referentes aos itens e quantitativos máximos mensais conforme tabela abaixo informados:

Item	Descrição do item	Unidade	Quantidade estimada mensal
1	Consulta Médica - Clínica Geral Descrição complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	
2	Consulta Médica - Clínica Geral. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	
3	Consulta Médica - Geriatria / Gerontologia. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	
4	Consulta Médica - Geriatria / Gerontologia. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	
5	Consulta Médica - Clínica Geral. Descrição complementar: Especialista em medicina de Família e Comunidade ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	
6	Consulta Médica - Clínica Geral. Descrição complementar: Especialista em medicina de Família e Comunidade ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	
7	Consulta Médica - Pediatria. Descrição complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	
8	Consulta Médica - Pediatria. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	
9	Consulta Médica - Pneumologia. Descrição complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	
10	Consulta Médica - Pneumologia Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	
11	Consulta Médica - Ginecologia / Obstetrícia. Descrição complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	

12	Consulta Médica - Ginecologia / Obstetrícia. Descrição complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	
13	Consulta Médica - Otorrinolaringologia (Ouvido) Descrição Complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	
14	Consulta Médica - Otorrinolaringologia (Ouvido) Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	
15	Consulta Médica - Psiquiatra. Descrição Complementar: ATENDIMENTO NA SEDE DO MUNICÍPIO.	Consulta	
16	Consulta Médica - Psiquiatra Descrição Complementar: ATENDIMENTO NO INTERIOR DO MUNICÍPIO E/OU PERÍMETRO URBANO ISOLADO – PORTO DO CONDE.	Consulta	

- Declaro(amos) o cumprimento dos requisitos para a habilitação, cujos documentos estão sendo apresentadas em anexo, e a conformidade deste requerimento de participação com as exigências deste edital.

_____, ____ de ____ de ____.

(Assinatura do responsável pela empresa/pessoa física)