

ANEXO IV - MODELO

Requerimento de Credenciamento

Chamamento Público nº 003/2024

_____ (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 003/2024 cujo objeto é **o credenciamento para prestação de serviços de fisioterapia, 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:

Lote 01			
Item	Descrição do item	Unidade	Quantidade estimada mensal
1	Fisioterapia/massoterapia DESCRIÇÃO COMPLEMENTAR: SESSÃO	Consulta	Capacidade máxima mensal
2	Fisioterapia/massoterapia DESCRIÇÃO COMPLEMENTAR: CONSULTA	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:

Lote 01			
Item	Descrição do item	Unidade	Quantidade estimada mensal
1	Fisioterapia/massoterapia DESCRIÇÃO COMPLEMENTAR: SESSÃO	Consulta	
2	Fisioterapia/massoterapia DESCRIÇÃO COMPLEMENTAR: CONSULTA	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)