

(TIMBRE OU LOGOMARCA
DA EMPRESA)

ANEXO IV - REQUERIMENTO

INEXIGIBILIDADE através de Procedimento Auxiliar, com vista à formação de **CREDENCIAMENTO**, no modelo **PARALELA E NÃO EXCLUDENTE** que será regida pelo, inciso IV do art. 74 inciso I do art. 78 e inciso I do art. 79 da Lei n. 14.133/2021, e regulamentado pelo **DECRETO Nº 11.878/2024**.

PEDIDO DE CREDENCIAMENTO

A (EMPRESA - Razão Social e ramo de atividade), (CNPJ Nº), situada na (ENDEREÇO, CEP, TELEFONE), solicita credenciamento nos termos do Edital de Credenciamento Nº 002/2024 – SESA/AP para **CREDENCIAMENTO, VIA CHAMAMENTO PÚBLICO, PARA A CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM CIRURGIA VASCULAR, NEUROPEDIATRIA E ANESTESIOLOGIA** PARA SUPRIR DEMANDA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTAS, DE FORMA COMPLEMENTAR, NOS HOSPITAIS DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE, vem mui respeitosamente, requerer CREDENCIAMENTO tendo em vista cumprir todas as exigências de Edital e seus anexos.

DADOS DO PROFISSIONAL:

NOME	CPF	ESPECIALIDADE	CRM (UF)	ENDEREÇO COMPLETO	CELULAR	REDE SOCIAL	EMAIL
		CIRURGIA VASCULAR					
		NEUROPEDIATRIA					
		ANESTESIOLOGIA					

(Quanto profissionais estiverem aptos)



Autorizo a Secretaria de Estado da Saúde – SESA-AP, a divulgar as informações da (NOME FANTASIA OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA) em relação pública de CREDENCIADOS.

Declaro sob as penas da Lei, que são verdadeiras todas as informações prestadas para fins desse CREDENCIAMENTO.

Macapá-AP, ____de _____ de 2024.

****OBS:** este requerimento deverá transcrito e apresentado em arquivo digital (PDF) com timbre e logomarca da empresa e com assinatura digital e/ou digitalizado com assinatura(s) do (s) responsável (is) legais e anexado junto ao email indicado no Edital)**

Assinatura do Responsável Legal e/ou Profissional	Assinatura Proprietário da Empresa e/ou Profissional
---	--