

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO I

REQUERIMENTO AO CREDENCIAMENTO Nº 03/2023

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº03/2023

À Comissão de Licitação do Consórcio Público Intermunicipal do Centro Noroeste do Paraná – CICENOP:

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADA NA CIDADE DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CASA DE APOIO QUE CONTEMPLE NO MÍNIMO, HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE, COM ATENDIMENTO 24 HORAS, AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS QUE ESTÃO EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD E SEUS ACOMPANHANTES, ORIUNDOS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DO CENTRO NOROESTE DO PARANÁ – CICENOP**, no período de 02 de Agosto de 2023 a 01 de Agosto de 2024, divulgado pelo Consórcio Público Intermunicipal do Centro Noroeste do Paraná – CICENOP - objetivando a prestação dos seguintes serviços de saúde _____ nos termos do edital.

Para tanto, na forma de proposta, informa que tem condições de executar no mínimo os serviços abaixo relacionados, a depender do interesse e oportunidade do consórcio público, nos termos do edital de credenciamento.

DESCRIÇÃO mínima do serviço e QUANTIDADE

OBJETO: Credenciamento de pessoa jurídica especializada na cidade de Curitiba e Região Metropolitana, para a prestação de serviços de hospedagem, alimentação e transporte, com atendimento 24 horas aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e seus acompanhantes dos Municípios consorciados ao Consórcio Público Intermunicipal do Centro Noroeste do Paraná – CICENOP.

Item	Descrição	Valor Unitário	Quantidade Mensal	Quantidade Anual
01	Serviço em hospedagem em quarto coletivo para pacientes e acompanhantes separados em alas feminina, masculina e infantil, com alimentação, ida e volta para os hospitais de Curitiba e Região Metropolitana.	R\$		
02	Serviço em hospedagem em isolamento para pacientes e acompanhantes em quarto individual com cozinha e banheiro, com alimentação, ida e volta para os hospitais de Curitiba e Região Metropolitana.	R\$		
Estimativa de valores				

Valores Constantes no Anexo VII.

(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

DADOS DA EMPRESA

Nome da Empresa:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Endereço Comercial:

Cidade/Estado

CEP:

Fone:

Celular:

Contato Whatsap:

E-mail:

Cidade:

Estado:

CEP:

DADOS PARA AGENDAMENTO

Endereço do local de atendimento:

Nome da pessoa para contato de agendamento;

Nome da pessoa para contato de pagamento e emissão de Nota Fiscal;

Telefone/Fax do local de atendimento:

Dia e horário de atendimento:

DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA PARA PAGAMENTO

Nº do banco:

Nome do Banco:

Nº da agência:

Nº da conta corrente:

Cianorte/Pr, ___ de _____ de _____

Assinatura do responsável pela empresa solicitante
(nome do solicitante e carimbo da empresa)