CICENOP CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL • DO CENTRO-NOROESTE DO PARANÁ •
Fls: 1206

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E MANIFESTAÇÃO DE ESCOLHA

Eu, Amanda Stefani da Silva Cruz, inscrito(a) no CPF nº [redacted], e-mail para contato [redacted], DECLARO, para os devidos fins, que:

Fui informado(a) pela Comissão Especial de Credenciamento nº 49/2024 que, até a presente data, encontram-se credenciadas para a prestação de serviços de gerenciamento, implementação, administração e disponibilização de créditos em cartões eletrônicos/magnéticos, nas modalidades vale-alimentação e/ou vale-refeição, as seguintes empresas:

( ) **NUTRICARD ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA;**

( ) **LE CARD ADMINISTRADORA DE CARTÕES LTDA;**

( ) **MEGA VALE ADMINISTRADORA DE CARTÕES E SERVIÇOS LTDA;**

(X) **MH ADMINISTRADORA DE CARTÕES LTDA. – UAUH CARTÕES**

( ) **NUTRICARD ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA;**

( ) **VEROCHEQUE REFEIÇÕES LTDA; e**

( ) **VSB SOLUÇÕES EM TECNOLOGIA LTDA.**

Declaro que recebi e tive acesso aos materiais informativos disponibilizados pela Comissão, incluindo informações sobre os serviços ofertados e as respectivas redes credenciadas de cada empresa.

Estou ciente de que a escolha da empresa prestadora do benefício é de livre manifestação do beneficiário direto da prestação do serviço, sendo de minha exclusiva responsabilidade **a opção assinalada acima.**

Estou ciente de que, durante a vigência do credenciamento, poderei solicitar a alteração da empresa escolhida para outra regularmente credenciada, desde que observado o prazo mínimo de 03 (três) meses de utilização dos serviços da empresa inicialmente selecionada.

Estou ciente, ainda, de que novas empresas poderão ser credenciadas a qualquer tempo, enquanto vigente o Edital de Credenciamento, hipótese em que o CICENOP divulgará a relação atualizada de empresas credenciadas e encaminhará as informações pertinentes ao endereço eletrônico acima informado.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Cianorte, 14 de julho de 2026.

Amanda Stefani da Silva Cruz
Nome do(a) Declarante