**FORMULÁRIO DE PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO**

**1 IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE**

| Razão Social: | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Fantasia: | | | | | | |
| Cadastro Nacional Pessoa Jurídica (CNPJ) : | | | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES): | | | |
| Cadastro Municipal de Atividade Econômica (CAE): | | | Número da Inscrição Estadual: | | | |
| Logradouro: | | | | | | Setor/Bairro: |
| Cidade/Município: | Unidade da Federação (UF): | | | | Código de Endereçamento Postal (CEP): | |
| Endereço Eletrônico (site): | Caixa postal eletrônica (E-mail): | | | | | Número do Telefone: |
| Tipo do Estabelecimento de Saúde conforme características apresentadas no item 1.2 do Edital: | | | | | | |
| Classificação da instituição (somente para hospitais):  ( ) A; ( ) B; ( ) C. | | Tipo da UTI: | | Porte da Instituição hospitalar:  ( ) Pequeno; ( ) Médio; ( ) Grande. | | |
| Indicação dos serviços e ou especialidades ofertadas por este proponente, contendo os códigos dos procedimentos, consultas, materiais, apresentados nas Tabelas de Referências adotadas pelo IMAS e disponíveis no site ([https://www.goiania.go.gov.br/imas](https://www.goiania.go.gov.br/imas/)) e no ANEXO IX deste Edital deste credenciamento: | | | | | | |
| Nível de Atenção e Grau de Complexidade: | | | | | | |
| Horários de funcionamento e atendimentos: | | | | | | |

**2 IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL**

| Nome do Representante Legal da proponente: | | |
| --- | --- | --- |
| Cargo ou função do Representante Legal: | | |
| Profissão do Representante Legal: | Número do Registro no Conselho de Fiscalização da Respectiva Profissão: | |
| Cadastro de Pessoas Físicas (CPF): | Documento de Identificação Civil (RG; CNH; Identidade Profissional): | |
| Telefone Móvel (celular): | Telefone Fixo: | Caixa de correspondência eletrônica (E-mail): |

**3 IDENTIFICAÇÃO DO ADMINISTRADOR**

| Nome do Administrador da proponente: | | |
| --- | --- | --- |
| Cargo ou função do Administrador na proponente: | | |
| Formação profissional do Administrador: | Número do Registro no Conselho de Fiscalização da Respectiva Profissão: | |
| Cadastro de Pessoas Físicas (CPF): | Documento de Identificação Civil (RG; CNH; Identidade Profissional): | |
| Telefone Móvel (celular): | Telefone Fixo: | Caixa de correspondência eletrônica (E-mail): |

A proponente acima qualificada comparece perante à Comissão Especial de Credenciamento - CEC, para manifestarem a intenção de se credenciar junto ao Instituto Municipal de Assistência à Saúde dos Servidores de Goiânia – IMAS, para prestarem serviços de saúde aos usuários desta Autarquia Municipal, recebendo pelos serviços efetivamente prestados os valores de remunerações constantes nas Tabelas de Referências adotadas pelo IMAS e vinculada ao Edital de credenciamento como ANEXO IX, para tanto protocolamos esta proposta, anexando todos os documentos previstos nos itens 5.1 (Habilitação jurídica), 5.2 ( Habilitação técnica), 5.3 (Habilitação social, fiscal e trabalhista), 4.5 ( Habilitação econômico-financeira) e demais anexos exigidos no Edital de credenciamento.

Ratificamos que os valores desta proposta pelos serviços ofertados são os fixados nas Tabelas de Referências adotadas pelo IMAS e devidamente detalhados no ANEXO IX deste edital, manifestando ainda, que estamos ciente e de acordo com todas as condições e cláusulas expostas na Minuta de Contrato padrão apresentada e publicada no ANEXO VIII do Edital de credenciamento.

Certos de termos atendido todas as condições e exigências do Edital, aguardamos e requeremos o parecer favorável desta Comissão Especial de Credenciamento -CEC, bem como a homologação do credenciamento e a respectiva contratação, para que assim, possamos atender os usuários deste Instituto Municipal de Assistência à Saúde dos Servidores de Goiânia – IMAS.

Goiânia aos .... dias do mês ..... do ano de ……

Assinatura do Responsável Legal