**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº XX/XXXX**

**1. DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

|  |
| --- |
| * 1. **Da Qualificação do Credenciante**
 |
| **Credenciante** | Município de Morro Grande – Fundo Municipal de Saúde – F.M.S. |
| **Tipo** | Pessoa Jurídica de Direito Público Interno |
| **Endereço** | Rua Juvenal Feliciano de Bitencourte, nº 160, Centro, CEP 88.925-000, município de Morro Grande/SC |
| **CNPJ Nº** | 05.034.123/0001-67 |
| **Representante** |  |
| **Cargo** |  |
| **C.P.F.** |  | **Documento de Identidade** |  |
| **Endereço** |  |

|  |
| --- |
| * 1. **Da Qualificação da Credenciada**
 |
| **Credenciada** |  |
| **Tipo** |  |
| **Endereço** |  |
| **CNPJ Nº** |  |
| **Representante** |  |
| **Cargo** |  |
| **C.P.F.** |  | **Documento de Identidade** |  |
| **Endereço** |  |

**2. DO CREDENCIAMENTO:**

O Prefeito Municipal de Morro Grande, no uso de suas atribuições legais, e considerando as disposições do Edital de Chamada Pública nº 1/2018,

**RESOLVE:**

**CREDENCIAR** a empresa XXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXX, para **prestar serviços especializados para realização de exames clínicos laboratoriais no atendimento aos serviços ofertados pela rede municipal de saúde aos usuários do SUS - Sistema Único De Saúde.**

A empresa deverá realizar os procedimentos conforme solicitação protocolada. Os valores são aqueles estabelecidos no Anexo I do Edital de Chamada Pública nº 1/2018 – FMS, com origem na Tabela Unificada de Procedimentos SUS do Ministério da Saúde.

O presente termo de credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, a contar da data de sua emissão.

**XXXXXXXXXXXX**

**Prefeito Municipal**