|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EDITAL CHAMADA PÚBLICA Nº 1/2023/FMS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 3/2023** | | | | | | | | | | | **INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 1/2023** | | | | | |
| OBJETO | | CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CASTRAÇÃO DE ANIMAIS, OBJETIVANDO ATENDER AO PROGRAMA DE ESTERILIZAÇÃO DE CÃES E GATOS (CASTRAPET) DO MUNICÍPIO DE MORRO GRANDE/SC, INSTITUÍDO PELA LEI MUNICIPAL Nº 1.038/2022. | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DA PESSOA JURIDICA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| CARGO/FUNÇÃO: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| TELEFONE 1: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| TELEFONE 2: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| E-MAIL: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **SERVIÇOS PRETENDIDOS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Item** | **Unidade** | | | | **Descrição dos Serviços** | | | | | | | | | **Interesse (Sim/Não)** | | |
| 1 | serviço | | | | Procedimento Cirúrgico de castração de cães, machos e fêmeas, incluso medicamentos pré e pós operatório, anestésicos, demais materiais e uma diária. | | | | | | | | |  | | |
| 2 | serviço | | | | Procedimento Cirúrgico de castração de gatos, machos e fêmeas, incluso medicamentos pré e pós operatório, anestésicos, demais materiais e uma diária. | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORÁRIO DE ATENDIMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Período | | | Segunda | | | Terça | | | Quarta | Quinta | | Sexta | Sábado | | | Domingo |
| Matutino | | |  | | |  | | |  |  | |  |  | | |  |
| Vespertino | | |  | | |  | | |  |  | |  |  | | |  |
| Noturno | | |  | | |  | | |  |  | |  |  | | |  |
| **DADOS DO RESPONSÁVEIS TÉCNICOS PELA EMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Técnico | | | | | | | | Nº Registro da Classe | | | Função | | | | C.P.F. | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A pessoa jurídica qualificada acima, através de seu representante abaixo assinado**,** vem através deste, solicitar sua inscrição no Edital de Chamada Pública nº 1/2023 do Fundo Municipal de Saúde.  Declaramos que estamos ciente e aceitamos todas as disposições, exigências e condições contidas neste Edital. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local e Data: | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável | | | | | | | | | | | | | | | | |