



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADO FERREIRA
LEI Nº 11.267 – 21-12-1995 CNPJ 01.613.136/0001-30
RUA SÃO PAULO, 191 – FONE (043) 3244-1143 – CEP 86.618-000
PRADO FERREIRA – ESTADO DO PARANÁ

- 23 -

ANEXO II – REQUERIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

PAPEL TIMBRADO

MINUTA DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO ENDEREÇO:

CNPJ:

FONE:

EMAIL:

À Comissão de Contratação

Ref.: CREDENCIAMENTODE SERVIÇOS MÉDICOS N.º 08/2025

A empresa.....estabelecida inscrita no CNPJ sob o nº através de seu representante legal Sr....., inscrito no CPF nº. vem requerer o CREDENCIAMENTO para prestação de serviços médicos a serem prestados nos estabelecimentos próprios do Município de Prado Ferreira, para o qual anexamos os documentos solicitados no referido edital, objetivando a prestação de serviços na área de

Lote: 1 - Lote 001					
Item	Nome do serviço:	Qtd.	Unidade	Preço máximo	Preço máximo total
1	MÉDICO 40 HORAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	12,00	MÊS		
2	PLANTÕES DE 12 HORAS A SEREM REALIZADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL 'JOÃO DE CAIRES', CONCOMINANTE COM ATENDIMENTO AMBULATORIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 'VEREADOR JUAREZ PEREIRA DOS SANTOS ÁS TERÇA E QUINTA-FEIRA.	106,00	PLANT		
3	PLANTÕES EVENTUAIS 12 HORAS PARA COBRIR ATESTADOS EVENTUALIDADES E AFASTAMENTOS JUSTIFICADOS, DOS PROFISSIONAIS (MÉDICOS) CONCURSADOS A SER REALIZADO NO HOSPITAL MUNICIPAL 'JOÃO DE CAIRES', CONCOMINANTE COM ATENDIMENTO AMBULATORIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 'VEREADOR JUAREZ PEREIRA DOS SANTOS'.	160,00	PLANT		
4	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL, PARA ATENDIMENTO AOS PLANTÕES DE 24 HORAS, AS SEGUNDAS, QUARTAS E SEXTAS FEIRAS REALIZADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL 'JOÃO DE CAIRES', CONCOMITANTE COM ATENDIMENTO AMBULATORIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "VEREADOR JUAREZ PEREIRA DOS SANTOS"	160,00	PLANT		



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRADO FERREIRA
LEI Nº 11.267 – 21-12-1995 CNPJ 01.613.136/0001-30
RUA SÃO PAULO, 191 – FONE (043) 3244-1143 – CEP 86.618-000
PRADO FERREIRA – ESTADO DO PARANÁ

- 24 -

TOTAL	
-------	--

Os serviços serão prestados pelos seguintes profissionais:

NOME	CRM	CPF

Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as cláusulas estabelecidas no referido Edital.

[Local], de de 2025

Carimbo do CNPJ/MF

Atenciosamente,

(Razão social, nome e assinatura do responsável legal)