

ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ  
FUNSERVIR – FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO  
GESTÃO 2017 – 2020

---

**EDITAL DE CHAMENTO PÚBLICO Nº 001/2020**  
**FUNSERVIR – Fundo de Assistência a Saúde do Servidor**

**Público do Município de Balneário Camboriú**

**ANEXO V**

**CARTA PROPOSTA**

A pessoa jurídica abaixo identificada vem requerer ao Fundo de Assistência a Saúde do Servidor Público-FUNSERVIR, seu credenciamento no rol daquelas aptas a prestarem serviços de assistência a saúde, aos beneficiários do Fundo de Assistência a Saúde do Servidor Público para prestação de Serviços de Saúde na modalidade – Telessaúde.

Para tanto ora apresenta esta Carta Proposta ocasião na qual também:

- a) Expressa pleno conhecimento e concordância com as cláusulas, condições e valores contidos no Edital de Credenciamento nº 1/2020 e seus Anexos;
- b) Colacionam, em anexo, os demais documentos que lhe são requeridos na cláusula terceira do Edital de Credenciamento nº 1/20120.

**1) INFORMAÇÕES ESSENCIAIS (preencher):**

- a) **Dados Gerais**
  - Razão Social:
  - Nome Fantasia:
  - CNPJ:
  - Inscrição Estadual/Municipal:
  - CNES, conforme o caso:
  - Endereço:
  - Cidade/UF:
  - CEP:
  - Sítio na Internet:
  - Telefone Geral:
  - Especialidades:
  - Número de registro da pessoa jurídica no(s) Conselho(s) de Classe
- b) **Dados Bancários (informar um só banco, agência e conta-corrente):**
  - Banco:
  - Agência:
  - Conta-Corrente:
- c) **Representante Legal (tantos quantos forem necessários):**
  - Nome:
  - Identidade:

ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ  
FUNSERVIR – FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO  
GESTÃO 2017 – 2020

---

- CPF:
  
- d) **Responsável Técnico (tantos quantos forem necessários):**
  - Nome:
  - Registro no Conselho Profissional:
  - CPF:
  
- e) **Contatos Especializados (conforme o caso):**
  - Responsável pela Área Comercial:
    - Telefone:
    - E-mail:
  - Responsável pelo Faturamento:
    - Telefone:
    - E-mail:
  - Email para solicitação de nota fiscal:
  - Responsável pela Marcação de Consultas:
    - Telefone:
    - E-mail:

**5) RELAÇÃO DE CORPO CLÍNICO (incluir somente as especialidades que os profissionais têm registradas no Conselho de Classe):**

NOME:

CPF:

REGISTRO PROFISSIONAL:

ESPECIALIDADE:

**6) RELAÇÃO DE SERVIÇOS:** prestação de Serviços de Saúde na modalidade – Telessaúde – a uma média de 7.200 vidas

**7) RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES (senão todos, ao menos os diferenciados):**

**8) INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

Observações: \_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

CPF: