ANEXO VII

DECLARAÇÃO PARA INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Credenciamento permanente de serviços médicos na modalidade de ATENDIMENTO TELECONSULTA, para profissionais médicos: GENERALISTAS e ESPECIALISTAS.

MODALIDADE: Credenciamento nº ___/2025.

A empresa_____, CNPJ/MF n.º_____, por intermédio do seu representante legal_____, portador da identidade_____, do CPF_____ **, DECLARA** que os documentos dos profissionais abaixo relacionados, encontram-se à disposição da Secretaria Municipal de Saúde, e serão remetidos quando requisitados no prazo de 05 (cinco) dias úteis, antecedendo assinatura do contrato.

NOME	CPF	CRM	CNS

MINUTA CREDENCIAMENTO SAUDE DIGITAL