



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE
ROSÁRIO DA LIMEIRA
ESTADO DE MINAS GERAIS.**

ANEXO VII

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2026

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 003/2026

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

À Comissão de Contratação do Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Rosário da Limeira/MG

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, com sede na _____, nº _____, complemento _____, bairro _____, CEP _____, na cidade de _____, telefone de contato nº (____) _____, e e-mail _____, neste ato representado por seu sócio administrador _____, inscrito no CPF sob nº _____, e portador da carteira de identidade nº _____, residente e domiciliado na _____, nº _____, complemento _____, bairro _____, CEP _____, cidade de _____ solicita nos termos do **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2026** seu **credenciamento de empresas para prestação de serviços de médico perito para realização de perícia médica com laudo técnico de solicitação de aposentadoria por incapacidade permanente de servidores encaminhados ao Instituto Previdência dos Servidores do Município de Rosário da Limeira/MG**, conforme relação apresentada abaixo, bem como **DECLARA** que possui suporte técnico/administrativo, aparelhamento, instalações e condições adequadas, pessoal qualificado e treinado, disponíveis para o prestação dos serviços objeto do credenciamento:

RELAÇÃO DE SERVIÇOS A SEREM CREDENCIADOS					
ITEM	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	UNID.	VALOR UNITÁRIO	NÚMERO DE ATENDIMENTO MÁXIMO POR DIA	NÚMERO DE ATENDIMENTO MÁXIMO POR MÊS
1	<i>Preencher o procedimento referente ao item a ser credenciado, na ordem da tabela de procedimentos constante no termo de referência.</i>	<i>Preencher a unidade referente ao item a ser credenciado, conforme tabela de procedimento constante no termo de referência.</i>	<i>Preencher o preço unitário do item, conforme fixado na tabela de procedimentos constante no termo de referência.</i>	<i>Preencher o número de atendimento máximo que pode realizar por dia</i>	<i>Preencher o número de atendimento máximo que pode realizar por mês</i>
2		Idem	Idem	Idem	Idem
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE
ROSÁRIO DA LIMEIRA
ESTADO DE MINAS GERAIS.**

DEMAIS DADOS DA REQUERENTE				
Endereço completo do local do atendimento: _____ _____				
Telefone: (____) _____ - _____		E-mail: _____@_____		
Dias de atendimento: _____		Horário de atendimento: _____		
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO				
BANCO	Nº	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	PIX

(Local e data) _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura
(nome do solicitante e carimbo da empresa)