

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO I – PESSOA FÍSICA

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP,

_____, abaixo
qualificado, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA DA
ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA, CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2.015,
divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, objetivando a
prestação de serviços médicos na especialidade de _____.

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CEP _____ CIDADE _____ ESTADO _____

CRM: _____ RG _____ CPF _____

ESPECIALIDADE _____

ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS _____

(Relacionar de acordo com a Tabela do CISAP, Anexo V, os serviços pretendidos)

Osvaldo Cruz - SP, ____ de ____ de 2.015.

(nome e assinatura do solicitante)