**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2019**

**ANEXO VII**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE INSTALADA DE ATENDIMENTO E DISPONIBILIDADE AO SUS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e no CRM nº (item nº 4.1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Senhor(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  **DECLARA** para os devidos fins, observadas as disposições contidas no Edital de Chamamento Público 01/2019, de que possuímos a estrutura física, equipamentos e pessoal técnico especializados para atender a seguinte quantidade mensal de consultas e procedimentos cirúrgicos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Consultas/Procedimentos Cirúrgicos** | **Quantidade Mês** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- SC, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

**Nome e assinatura do responsável**

*Obs.: Esta Declaração deverá ser preenchida e impressa em papel timbrado da instituição hospitalar e assinado pelo representante legal.*