**ANEXO III**

**MODELO DE RELAÇÃO COM DADOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS**

**(DEVE ESTAR EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA OU ENTIDADE)**

Vimos, por meio do presente, apresentar Relação do(s) responsável (eis) legal (is) pela empresa, responsável técnico, responsável pela recepção dos pacientes, em conformidade com o Edital de Credenciamento nº. 01/2023, a seguir:

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DA EMPRESA** | |
| CNPJ N°.: | Inscrição Estadual: |
| Razão Social: | Inscrição Municipal: |
| Nome Fantasia: |  |
| Endereço: | |
| Bairro: | Logradouro: |
| Município: | Estado: |
| Complemento: | |
| Telefone: | E-Mail: |
| **RESPONSÁVEL (EIS) LEGAL (IS) PELA EMPRESA** | |
| Função: | |
| Nome: | |
| CPF: | Data de Nascimento: |
| Telefone: | Celular: |
| Endereço: | |
| Bairro: | Logradouro: |
| Município: | Estado: |
| Complemento: | |
| E-mail: | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino |
| **RESPONSÁVEL TÉCNICO** | |
| Função: | |
| Nome: | |
| CPF: | Data de Nascimento: |
| Telefone: | Celular: |
| Endereço: | |
| Bairro: | Logradouro: |
| Município: | Estado: |
| Complemento: | |
| E-mail: | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino |
| **RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DOS PACIENTES** | |
| Função: | |
| Nome: | |
| CPF: | Data de Nascimento: |
| Telefone: | Celular: |
| Endereço: | |
| Bairro: | Logradouro: |
| Município: | Estado: |
| Complemento: | |
| E-mail: | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Data da Assinatura)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura Eletrônica do Representante Legal**