**ANEXO V – MODELO**

**MEMORIAL DESCRITIVO**

Informamos, para os fins de cumprimento das obrigações do Edital de Chamamento Público SESAPI nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ as instalações, os equipamentos e o pessoal técnico necessário, disponíveis e devidamente cadastrados no CNES, disponíveis para a realização do CHAMAMENTO acima referido;

1. Instalações e Aparelhamento (informar as instalações e aparelhamentos disponíveis aos usuários do SUS).
2. Pessoal técnico (Relação do corpo clínico com seu respectivo número do Conselho de Classe, carga horária e qualificação completa dos responsáveis pelas respectivas categorias)

Declaro que todas as informações aqui prestadas estão corretas e correspondem à realidade.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2013.

(Cidade) data mês

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura (Nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa)

**PATOLOGIA CLÍNICA**

Nome da Unidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relação de Equipamentos:

Quantidade:

Equipamentos Funcionando:

Equipamentos sem funcionamento:

**CITOPATOLOGIA**

Nome da Unidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relação de Equipamentos:

Quantidade:

Equipamentos Funcionando:

Equipamentos sem funcionamento:

**ANATOMIA PATOLÓGICA**

Nome da Unidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relação de Equipamentos:

Quantidade:

Equipamentos Funcionando:

Equipamentos sem funcionamento: