**Plataforma INOVAÇÃO ANO**

**CARTA DE INTENÇÕES DE EMPRESA PARCEIRA**

**CIDADE, DATA**

**UF**

**À COORDENAÇÃO DA CATEGORIA DE SOLUÇÕES DIGITAIS DE SAÚDE E SEGURANÇA,**

**EU, NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VENHO POR MEIO DESTA, MANIFESTAR A INTENÇÃO DE QUE A EMPRESA ANTERIORMENTE CITADA PARTICIPE DA SELEÇÃO DA CATEGORIA X** **ECOSSISTEMAS DE INOVAÇÃO EM SAÚDE – HUBS REGIONAIS COM O PROJETO INTITULADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , COM UMA CONTRAPARTIDA (DESCEVER SE ECONÔMICA OU FINANCEIRA) NO VALOR TOTAL DE R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (VALOR ESCRITO POR EXTENSO).**

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

**ASSINATURA**

**CARGO**

**ENDEREÇO COMPLETO**

**CONTATO**

**TELEFONE: FIXO E CELULAR**

**E-MAIL**

**OBSERVAÇÃO: TODOS OS DADOS AQUI SOLICITADOS DEVEM SER APRESENTADOS.**