



PREFEITURA DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde

PROC. _____/2019 FL. Nº _____

Rubrica do Protocolo _____

ANEXO VI

REQUISIÇÃO DE CREDENCIAMENTO

À Secretaria Municipal de Saúde

Ilmo. Sr. Secretário de Saúde,

Tendo tomado conhecimento do Edital de Chamamento nº. **02/2019**, originário do Processo **8259/2019**, e, tendo lido e entendido seus termos e condições, apresento a seguir nossa identificação jurídica, para ao fim requerer:

| | |
|---|------------------------------------|
| NOME JURÍDICO (RAZÃO SOCIAL) | |
| CNPJ | |
| ENDEREÇO DA SEDE OU DA FILIAL A CREDENCIAR | |
| ESPECIALIDADE(S) EM QUE DESEJA SE CREDENCIAR, CONFORME EDITAL | |
| TELEFONE EMPRESARIAL | TELEFONE DE CONTATO ADMINISTRATIVO |
| OBSERVAÇÕES OU COMPLEMENTAÇÕES | |

Prestadas estas informações iniciais, e, em vista dos documentos anexados, solicito o credenciamento.

Armação dos Búzios, ____/____/2019,

Usar este recibo, em caso de recebimento fora do Protocolo:

Do representante da Requerente

Nome legível e assinatura

Data / /2019, Hora :_ _

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |