

(TIMBRE OU DADOS DA EMPRESA)

Ao: Centro Médico Assistencial da Marinha.

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DAS TABELA DE PREÇO
ADOTADOS NO EDITAL DE CREDENCIAMENTO**

Declaramos que a Empresa, xxx (RAZÃO SOCIAL) xxxx, inscrita no CNPJ sob o nº xxxxxxxx-xx, situada à xxx (ENDEREÇO COMPLETO) xxx, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) xxxx (SÓCIO/DIRETOR ADMINISTRATIVO) xxx, portador(a) da Carteira de Identidade – RG nº xxxxxxxx e do CPF sob o nº xxxxxxxx-xx, sob as penas da Lei, em atendimento ao Edital de Credenciamento nº 001/2025, do Centro Médico Assistencial da Marinha, está em total concordância aos valores praticados acerca dos procedimentos pré estabelecidos pelo referido edital, que não serão cobrados nenhum valor ou sobretaxa em relação à “Lista Referencial de Procedimentos Médicos e Ambulatórias”, apêndice – I, do Termo de Referência vigente apresentada que contempla integralmente as exigências estabelecidas pelo Edital de Credenciamento supra mencionado.

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Rio de Janeiro, RJ, datado conforme assinatura digital.

Representante Legal
Assinatura digital