ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA UNIÃO

ANEXO I

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 004/2026
À
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSAU
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA UNIÃO/RO

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, com sede à _____, nº _____, Bairro _____, Município de _____, Estado _____, CEP _____, telefone _____, e-mail _____, neste ato representada por seu representante legal, Sr.(a) **_____**, portador(a) do CPF nº _____ e RG nº _____, na qualidade de _____,

vem, por meio deste, REQUERER SEU CREDENCIAMENTO junto ao Município de Nova União/RO, nos termos do Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 004/2026, para prestação de SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES DESTINADOS À REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS, conforme as condições estabelecidas no Edital, Termo de Referência e demais anexos.

DADOS DO ESTABELECIMENTO ONDE SERÃO REALIZADOS OS PROCEDIMENTOS
Nome do estabelecimento: _____
CNPJ: _____
Endereço: _____
Município/UF: _____
CNES: _____
Licença Sanitária nº: _____
Responsável Técnico: _____
CRM: _____
Telefone: _____
E-mail: _____

A requerente declara, para os devidos fins, que:
I – conhece e aceita integralmente as condições estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 004/2026, no Termo de Referência e demais anexos;
II – possui capacidade técnica, operacional e estrutural para executar os serviços objeto do credenciamento;
III – dispõe de estabelecimento devidamente regularizado para realização dos procedimentos, conforme documentação apresentada;
IV – possui equipe profissional habilitada e regularmente inscrita nos respectivos conselhos profissionais, quando exigível;
V – compromete-se a manter, durante toda a vigência do credenciamento e dos contratos dele decorrentes, as condições de habilitação e qualificação exigidas;
VI – compromete-se a executar os procedimentos somente mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde, observando a indicação médica, a regulação e as demais condições estabelecidas;

VII – não realizará cobrança de qualquer valor dos usuários do SUS, seus acompanhantes ou familiares pelos serviços objeto deste credenciamento;
VIII – são verdadeiras as informações e documentos apresentados para fins de credenciamento.
Por ser expressão da verdade, firma o presente requerimento.
Nova União/RO, _____ de _____ de 2026.

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA
Nome: _____
CPF: _____
Cargo: _____
Assinatura: _____



Documento assinado eletronicamente por **SIMONE RODRIGUES ELLER AZARIAS**, **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, em 01/10/2026 às 08:14, horário de Nova União/RO, com fulcro no art. 18 do Decreto nº 2430 de 03/08/2022.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site transparencia.novauniao.ro.gov.br, informando o ID **389939** e o código verificador **901F5B34**.

Referência: Processo nº 2-1091/2026. Docto ID: 389939 v1