

ANEXO II

MODELO DE FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO AO CREDENCIAMENTO

À Comissão de Credenciamento.

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – Município de URUAÇU/GO

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição no Credenciamento do Município de URUAÇU/GO, objetivando o **CREDENCIAMENTO para a contratação de farmácias e/ou drogarias para fornecimento de medicamentos éticos, genéricos e similares que serão destinados a pacientes em situação de vulnerabilidade, grave ou de urgência, e, ainda por Ordem Judicial, dos quais não sejam de distribuição gratuita pela rede de Atenção Básica, para entrega direta ao paciente na sede do Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do Credenciamento nº006/2025.**

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:

EMPRESA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

Telefones - Comercial:

E-mail:

CEP:

Cel.:

XXXXXXXXXXXX-XX, XX de XXXXXXXXXXX de 20XX.

Representante Legal:

Empresa:

CNPJ nº:

Obs.: Assinatura e carimbo da empresa ou assinatura eletrônica.