



ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANINHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABAIANINHA

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

Credenciamento Eletrônico nº. XX/2024

Processo Administrativo nº XX/2024

1. Identificação da Empresa

RAZÃO SOCIAL	
NOME FANTASIA	
CNPJ.	
TELEFONE	
E-MAIL	

O interessado acima identificado vem requerer o respectivo credenciamento junto a Secretaria Municipal de Saúde de Itabaianinha/SE, no(s) item(ns) baixo identificado(s), **DECLARANDO TOTAL CONCORDÂNCIA COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL DENº. XX/20XX E ANEXOS, SOBRETUDO O TERMO DE REFERÊNCIA, INCLUSIVE COM OS VALORES CONSTANTE NA TABELA DESTE EDITAL.**

1.1. Dos Procedimentos:

ITEM	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	QUANTITATIVOS OFERTADOS	
		MÍNIMO	MÁXIMO

2. Dados pessoais do Representante Legal:

Nome:

Dados Bancários:

RG nº:

Banco:

CPF nº:

Agência:

Estado Civil:

Conta Corrente:

Endereço:

(local e data)

(assinatura do sócio-gerente ou proprietário e carimbo)