



ANEXO II
REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO
(Pessoa Física)

Ao Fundo Municipal de Saúde de Maurilândia – GO,

Eu, _____ portador(a) do RG nº. _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº. _____, domiciliado(a) no(a)
_____, nº. de telefone móvel _____ e e-mail _____,

REQUEIRO o credenciamento para prestação do serviço de _____,
quantidade _____ por mês, conforme documentação anexa, junto ao Fundo Municipal de Saúde
de Maurilândia – GO, com base nas informações contidas no Edital de Credenciamento
nº.002/2026.

TENHO CIÊNCIA que esse Requerimento poderá ser deferido ou indeferido, segundo a
avaliação da Comissão de Credenciamento.

SOLICITO que as intimações e comunicações sejam feitas pessoalmente, pelo nº. de telefone
móvel ou pelo e-mail indicado.

Nestes termos, peço e espero deferimento.

Maurilândia – GO, ____ de _____ de 2026.

Assinatura da Pessoa Física Requerente