



**ANEXO II**

**MODELO DE REQUERIMENTO**

**Pessoa Jurídica**

Ilmo. Senhor Secretário Municipal de Administração

Referência: **Credenciamento n. \_\_\_\_/\_\_\_\_**

NOME DO INTERESSADO / PROPRIETÁRIO, nacionalidade, estado civil, documento de identidade, CPF, residente e domiciliado (endereço completo, inclusive telefone e fax) venho REQUERER o CREDENCIAMENTO do Centro/ Clínica ou Hospital, (CNPJ, Inscrição Estadual, endereço completo, telefone, nº. de inscrição no Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde - CNES), para prestação de serviços de Assistência Médica e Hospitalar dos Servidores Municipais de Passos/MG.

Declaro, sob as penalidades da lei, preencher, nesta data, todas as condições exigidas no Edital de CREDENCIAMENTO nº. \_\_\_\_/\_\_\_\_ e, especialmente, que nunca sofri qualquer penalidade no exercício ou em virtude do exercício profissional.

Apresento documento, declaro expressamente minha concordância com todas as condições apresentadas no Edital e ciência, especialmente, de que meu pedido de Credenciamento poderá ser indeferido ou deferido, segundo a avaliação da Comissão de Credenciamento.

As intimações e comunicações decorrentes deste requerimento poderão ser feitas no endereço infraindicado, pessoalmente, por carta ou outro meio idôneo.

Termos em que, pede deferimento.

Passos, (MG) de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura

(Nome do Hospital/Clínica e Representante Legal)