

# TIMBRE DA PROPONENTE

## ANEXO 4

### MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

À FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI/RJ

COMISSÃO EXAMINADORA

Ref.: Credenciamento nº 01/2017

A Proponente, com sede na \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_ e no CNES sob o nº \_\_\_\_\_, endereço eletrônico \_\_\_\_\_ e telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ requer, através do presente documento, seu CREDENCIAMENTO para a prestação de serviços técnico-profissionais, de forma complementar ao SUS na área de atendimento multiprofissional especializado para suporte à rede de atenção à pessoa com deficiência, conforme Edital nº01/2017, publicado em \_\_\_\_\_, declarando, sob as penas da lei, que:

a) conhece os termos do Edital de Credenciamento, bem como todas as condições necessárias para a participação no processo de credenciamento, com os quais concorda;

b) as informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;

c) que cumpre plenamente os requisitos de habilitação previstos no Edital e que não está impedida de participar do credenciamento e de contratar com a Administração Pública em razão de penalidades nem de fatos impeditivos de sua habilitação;

d) que comunicará qualquer fato ou evento superveniente à entrega dos documentos de habilitação que venha a alterar a sua atual situação quanto à regularidade jurídica, qualificação técnica, regularidade fiscal e idoneidade econômico-financeira;

e) está de acordo com valores definidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria GM/MS nº 321/2007.

Anexo ao presente requerimento toda a documentação exigida no edital de credenciamento

Pede deferimento.

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nome e Assinatura do representante legal  
Carimbo com CNPJ da Proponente