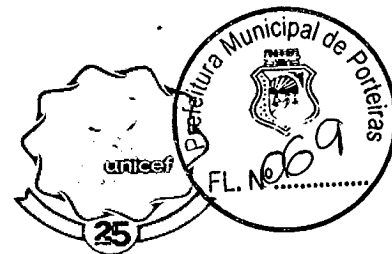




PORTEIRAS
PREFEITURA



ANEXO II
MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

AO: MUNICÍPIO DE PORTEIRAS/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ref.: Edital de Credenciamento nº 2026.07.31.1

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, estabelecida à _____, CEP _____, Município de _____, Estado _____, neste ato representada por _____, portador(a) do CPF nº _____ e do RG nº _____, vem, respeitosamente, requerer seu **CREDENCIAMENTO** para a prestação dos serviços objeto do Edital em epígrafe.

O presente requerimento tem por objeto o **credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços médicos para realização dos procedimentos de Tratamento Esclerosante Não Estético de Varizes dos Membros Inferiores**, nas modalidades **unilateral e bilateral**, destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar à rede pública municipal de saúde do Município de Porteiras/CE, em conformidade com as condições estabelecidas no Edital, no Termo de Referência e na Lei Federal nº 14.133/2021.

Para tanto, a requerente declara que:

- I – tem pleno conhecimento e aceita integralmente todas as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento e em seus anexos;
- II – apresentará toda a documentação exigida para fins de habilitação e manterá as condições de habilitação durante toda a vigência do credenciamento e da eventual contratação;
- III – compromete-se a cumprir as normas técnicas, administrativas, sanitárias e assistenciais aplicáveis aos serviços objeto deste credenciamento, bem como as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS;
- IV – declara estar ciente de que o deferimento do credenciamento não gera direito subjetivo à contratação, que ocorrerá conforme a necessidade da Administração Pública e observadas as condições estabelecidas no Edital.

Nestes termos,

Pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura (Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

***Observação:** Em papel timbrado da interessada.