**ANEXO II**

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

**(DEVE ESTAR EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA OU ENTIDADE)**

Vimos, por meio do presente, requerer nosso credenciamento para prestação dos serviços abaixo descritos, em conformidade com o Edital de Credenciamento nº. 01/2023, a saber:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | | |
| CNPJ: | | Inscrição Estadual: | | |
| Razão Social: | | Inscrição Municipal: | | |
| Nome Fantasia: | |
| Registro junto à Vigilância Sanitária: | | Data da Emissão: | | Data de Validade: |
|
| Número do Alvará da Secretaria de Saúde: | | Emissão de Nota Fiscal: ( ) Sim ( ) Não | | |
| **ATENDIMENTO** | | | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde -CNES | |  | | |
| Endereço: | | | | |
| Bairro: | | Logradouro: | | |
| Município: | | Estado: | | |
| Complemento: | | | | |
| Telefone: | | Fax: | | |
| E-Mail: | | Outro: | | |
| Utilizar este para correspondência: ( ) Sim Não ( ) | | | | |
| **DADOS PARA PAGAMENTO** | | | | |
| Banco: | Agência: | | Conta para Crédito: | |
| **CONTATOS:** | | | | |
| **ADMINISTRATIVO:** | | | | |
| Nome: | | | | |
| CPF: | | Data de Nascimento: | | |
| Telefone: | | Celular: | | |
| E-mail: | | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | | |
| **FINANCEIRO:** | | | | |
| Nome: | | | | |
| CPF: | | Data de Nascimento: | | |
| Telefone: | | Celular: | | |
| E-mail: | | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | | |
| **FATURAMENTO** | | | | |
| Nome: | | | | |
| CPF: | | Data de Nascimento: | | |
| Telefone: | | Celular: | | |
| E-mail: | | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Data da Assinatura)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura Eletrônica do Representante Legal**