

ANEXO III

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Ao

Fundo Municipal de Saúde de Brejo da Madre de Deus

A pessoa jurídica, inscrita no CNPJ nº, por meio de seu representante legal, o Sr., vem requerer o seu CREDENCIAMENTO, para prestação de serviços médicos, em caráter complementar, destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde do Município do Brejo de Madre de Deus – PE, conforme relação abaixo:

TABELA COM DISCRIMINAÇÃO DE HORAS E VALOR MÁXIMO POR SERVIÇO					
Item	Serviço	Quant	Unidade	Valor Unitário/Hora	Valor Total
1	Serviços de Plantão Médico em Clínica Médica	25.920	HORAS		
2	Serviços de Ambulatório em Saúde da Família	14.976	HORAS		
3	Serviços de Ambulatório Médico Especializado	8.400	HORAS		
VALOR TOTAL R\$					

Declaro, sob as penalidades da lei, preencher, nesta data, todas as condições exigidas no Edital do Credenciamento nº 001/2025 e, especialmente que possui estrutura para prestar os serviços previstos.

Declaramos expressamente a concordância com todas as condições apresentadas no Credenciamento nº 001/2025, e ciência de que o pedido de Credenciamento poderá ser deferido ou indeferido, segundo a avaliação do Fundo Municipal de Saúde.

Termos em que, pede deferimento.

_____, de _____ de 2025.

Assinatura do Responsável legal