

**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:

<b>TABELA COM DISCRIMINAÇÃO DE HORAS E VALOR MÁXIMO POR SERVIÇO</b>					
<b>Item</b>	<b>Serviço</b>	<b>Quant</b>	<b>Unidade</b>	<b>Valor Unitário/Hora</b>	<b>Valor Total</b>
<b>1</b>	Serviços de Plantão Médico em Clínica Médica	38.544	HORAS		
<b>2</b>	Serviços de Ambulatório em Saúde da Família	3.696	HORAS		
<b>3</b>	Serviços de Ambulatório Médico Especializado	5.443	HORAS		
<b>VALOR TOTAL RS</b>					

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