**ANEXO 2**

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

À FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI/RJ

COMISSÃO EXAMINADORA

Ref.: Credenciamento nº 14/2018

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 de procedimentos clínicos – terapias especializadas por meio de Litotripsia Extracorpórea, a pacientes oriundos do SUS, conforme Edital de Credenciamento n° 14/2018, 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