**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ /CPF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, situado a Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representada neste ato pelo(a) senhor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pelo presente, atendendo ao EDITAL DE CREDENCIAMENTO N°. 001/2023, vem manifestar seu interesse na CONTRATAÇÃO DE PESSOA(S) FÍSICA(S) OU JURÍDICA(S) para PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE , na especialidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos termos que definidos neste edital, pelo período inicial de 12 (doze) meses, conforme discriminação, aprovação, solicitação e quantidades aqui meramente estimadas.

Declarando ainda que:

1. **Assume** a inteira responsabilidade pela inexistência de fatos que possam impedir a sua habilitação no presente Chamamento Público, e ainda pela autenticidade de todos os documentos apresentados de habilitação.
2. **Declara** sob as penas da Lei, que não foi considerada **INIDÔNEA OU SUSPENSA** para licitar ou contratar com a Administração Pública, Federal, Estadual, Municipal.
3. **Aceita** integral e irretratavelmente os termos do Edital em epígrafe.

Local e data.

Nome e assinatura