## (Anexo "B" – Carta Requerimento de Credenciamento – Edital de Credenciamento nº 01/2020)

(Timbre ou Carimbo com dados da empresa)

## REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE OCS OU PSA

Ao Sr. Diretor/Comandante

informa que o local	de atendimento será à Ru	ıa/Avenida	,
1		n <sup>o</sup>	, sala/conjunto,
bairro			
cidade de			
telefones	//	/	, estado,, inscrita no CNPJ / CPF
sob o nº		, e que, na condiç	cão de Organização Civil de
Saúde – OCS / Pro	ofissional de Saúde Aut	ônomo (PSA), inscr	ita no <i>(Órgão ou Conselho</i> sob o nº ,
vem requerer seu	credenciamento para	prestar serviços a	os usuários dos sistemas tes, FUNSA e FUSMA;
relativos a esta proj	posta, bem como para a	agendamento da vist	r quaisquer esclarecimentos oria técnica: telefone ( ) (nome do
contato/função);			
(01/2020 - Hospital	•	), com o qual esta Pe	Edital de Credenciamento ssoa Jurídica / Pessoa Física ses;
4. Desig	nado para representar le	galmente e a intervir	pela OCS acima, o(a) Sr(a).
	/	(non	 ne do representante legal /
<i>CPF</i> ), constando tar procedimento admin	nbém em anexo a creder	ncial/procuração que	o autoriza a participar deste
5. Dado	os bancários: Banco		,
Agência	, Conta-Corrente		:

Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira	DIAS	HORÁRIO INICIAL	HORÁRIO FINAL	OBS
Quarta-feira Quinta-feira Sexta-feira Sábado Domingo - RS,de de 20	Segunda-feira			
Quinta-feira  Sexta-feira  Sábado  Domingo  - RS, de de 20	Terça-feira			
Sexta-feira  Sábado  Domingo  - RS, de de 20	Quarta-feira			
Sábado  Domingo  RS, de	Quinta-feira			
	Sexta-feira			
	Sábado			
(Nome completo do(a) Representante Legal)	Domingo			
(Nome completo do(a) Representante Legal)			- RS. de	de 20
		(Cidade)		
(N° CPF)		(Nome compl	eto do(a) Representante	Legal)
			(N° CPF)	
ESTE QUADRO SERÁ PREENCHIDO PELA UG-FuSEx		ESTE QUADRO S	SERÁ PREENCHIDO I	PELA UG-FuSEx
ESTE QUADRO SERÁ PREENCHIDO PELA UG-FuSEx imero da Inexigibilidade/ano:	Número da Inexig		SERÁ PREENCHIDO I	PELA UG-FuSEx

6. Correios eletrônicos (e-mail): \_\_\_\_\_\_;