

ANEXO II - MODELO REQUERIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

À Comissão de Contratação do **Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité - CPSMB**
Requerimento para Credenciamento Referente ao Processo de Chamamento Público Nº **002.2026-CPSMB**.

DADOS DA PESSOA JURÍDICA OU PESSOA FÍSICA	
RAZÃO SOCIAL/ OU NOME COMPLETO DO CREDENCIADO:	
CNPJ OU CPF (Se pessoa física):	
ENDEREÇO:	
CEP:	
BAIRRO:	
CIDADE / UF:	
TELEFONE (DDD):	
CELULAR (DDD):	
SITE/EMAIL:	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL:	
INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
DADOS BANCÁRIOS	
NOME DO BANCO:	
AGÊNCIA:	
CONTA CORRENTE:	
PIX:	
REPRESENTANTE DA PESSOA JURÍDICA	
REPRESENTANTE LEGAL (ADMINISTRADOR):	
CPF:	
RG:	
TELEFONE(DDD):	
EMAIL:	
REPRESENTANTE LEGAL (PROCURADOR):	
CPF:	
RG:	

Conforme dados cadastrais acima, venho por meio do presente, solicitar meu CREDENCIAMENTO para prestação de serviços abaixo descritos:

