**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**

**NO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO DA**

**SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PRONAS/PCD)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO** | | |
| Razão Social: | | |
| CNPJ: | CNES: | Data de fundação da instituição: |
| Endereço: | | |
| Bairro: | Município: | UF: |
| CEP: | Fone: | FAX: |
| E-mail: | | |
| Nome do dirigente da instituição: | | |
| Procurador (se aplicável): | | |
| Qualificação da Instituição:  [ ] CEBAS – Saúde [ ] CEBAS – MDS [ ] CEBAS - MEC [ ] Organização Social [ ] OSCIP  [ ] Declaração de prestação de atendimento direto e gratuito e cadastro no SCNES | | |
| **II – REQUERIMENTO** | | |
| O representante legal da supracitada instituição vem requerer o credenciamento no Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), como etapa prévia à apresentação de projetos, em conformidade com a Lei n° 12.715/2012 e demais legislação regulamentadora.    Local e data*.*    Assinatura do dirigente da instituição  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do dirigente da instituição | | |