**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  |