**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**

**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: | Telefone (1): | Telefone (2): |
| E-mail: |
| Nº agência Banco Brasil: |
| Nome do dirigente da instituição: |
| Representante Legal: |
| Qualificação da Instituição: [ ] CEBAS – Saúde [ ] CEBAS – Assistência Social [ ] CEBAS – Educação[ ] 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 dom Deficiência (PRONAS/PCD), como etapa prévia à apresentação de projetos, em conformidade com a Lei n° 12.715/2012 e legislação regulamentadora.Local e data.Assinatura do dirigente da instituição\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do dirigente da instituição |