**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 | | | | |