

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 002/2025-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 CREDECNIAMENTO para prestação de serviços de **(especificar para qual(is) serviços se credencia, conforme lista no Termo de**



ESTADO DO CEARÁ
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DO
MACIÇO DE BATURITÉ
CPSMB



Referência)

>>>>>>>>-CE, em >> de >>>>>>>> de 20>>.

Razão Social (Ou se Pessoa Física NOME COMPLETO)

CNPJ (Ou se Pessoa Física CPF)

Representante Legal - (Se for Pessoa Jurídica e se fizer representar)