



ANEXO III - MODELO DE REQUERIMENTO

EXCELENTÍSSIMA SRA. SECRETÁRIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA

A (Nome da entidade) _____,
sociedade civil sem fins lucrativos, com sede na
(Endereço) _____,
CNPJ nº _____, neste ato representada pelo
seu representante legal, Sr.(a) (Nome) _____,
(Qualificação do Representante Legal) _____,
vem, à presença de Vossa Excelência, requerer sua qualificação
como Organização Social na área da Saúde, externando seu
interesse futuro em firmar convênios ou contratos de gestão para
gerência e administração de serviços em Saúde, de acordo com a
Constituição Federal, em especial art. 199, § 1º, Lei Municipal nº
5.801/2015, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 5.308/2016,
juntando, para tanto, a documentação necessária.

Nestes Termos
Pede Deferimento.

(Local e data)
(Assinatura - CPF)