

ANEXO IV

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a , sediada à rua , n.º , Bairro , inscrita no CNPJ/MF, sob o n.º e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES sob o n.º , neste ato representada pôr seu procurador Sr.(a) , (CREFITO n.º.....), portador do CPF/MF n.º , RG n.º , expedida pela , atenderá aos pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde, provenientes da SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, no período das ____ às ____ horas conforme horário e agendamento pré-estabelecido com esta Secretaria.

Comunicamos ainda, que qualquer alteração no horário de atendimento informado, serão comunicados a Secretaria Municipal da Saúde com antecedência de 30 dias para melhor organização e adequação da mesma.

Joinville – SC, xx de _____ de xxxx.

Responsável:xxxxxxxxxx

Empresa:xxxxxxxxxx

CNPJ:xx.xxx.xxx/xxxx-xx