

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DO EDITAL E SEUS ANEXOS

Ilma. Senhora
Secretária Municipal de Saúde e Gestora do Fundo Municipal de
Saúde Município de Urutaí
N E S T A

**Ref: Edital de Credenciamento de Profissionais e Prestadores de Serviços da Área da Saúde
n.º 01/2022.**

Declaro, sob as penalidades da lei, preencher, nesta data, todas as condições exigidas no Edital de Credenciamento de Profissionais e Prestadores de Serviços na Área da Saúde n.º 01/2022 - FMS.

Declaro ainda ter conhecimento pleno do Edital de Credenciamento de Profissionais e Prestadores de Serviços na Área da Saúde n.º 01/2022 – FMS e dos seus anexos.

Urutaí, ____ de ____ de ____.

Assinatura Identificável
CPF/CNPJ