

**MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO 4º DISTRIRO NAVAL
CAPITANIA DOS PORTOS DO MARANHÃO
Av. Dom Pedro II, nº 02 - Centro
São Luís/MA - CEP 65.010-450**

APÊNDICE A-IV - MODELO DE PROPOSTA DE SERVIÇOS A SEREM CREDENCIADOS

(Timbre ou dados da empresa)

São Luís, em, ___ / ___ / _____.
À Comissão Especial de Credenciamento (CEC)
Assunto: Credenciamento junto a esta Capitania

A Clínica _____,
CNPJ _____, Inscrição Estadual _____, localizada à Rua
_____, vem através
desta oferecer nossos serviços a Capitania dos Portos do Maranhão, conforme abaixo
relacionado:

A) Nossa Clínica conta com as seguintes especialidades:

B) Nosso Horário de Atendimento:

C) Nossas instalações possuem:

D) Nosso Corpo Clínico é composto pelos seguintes profissionais:

E) Segue abaixo nossos dados bancários:

-NOME COMERCIAL:

-CNPJ/ CPF:

-ENDEREÇO:

-FONE:

-FAX:

-DADOS BANCÁRIOS:

-RAZÃO SOCIAL:

-BANCO:

-AGÊNCIA:

-CONTA-CORRENTE:

F) Mencionar que está de acordo com o valor das tabelas constantes no item 6 do Edital de Credenciamento.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL