

**UTILIZAR PAPEL TIMBRADO COM LOGOTIPO  
DA INSTITUIÇÃO**

**MODELO DE PEDIDO DE CREDENCIAMENTO**

**COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS – COPASA MG**

**Assunto:** Credenciamento nº

**Objeto:** Credenciamento de empresas para prestação de serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de emergências e urgências, por Ambulância de Suporte Básico (tipo B) e por Ambulância suporte avançado (tipo D), também denominada ambulância UTI móvel, para dar suporte às emergências e urgências médicas ocorridas nas dependências da COPASA MG, situadas em Belo Horizonte e RMBH.

À DIVISÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO - DVSS

.....(denominação Social)....., pessoa jurídica devidamente constituída nos termos da legislação em vigor, com endereço na Rua/Avenida ....., complemento ....., CEP-....., Cidade/Estado....., inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ sob o nº..... vem, por seu(s) representante(s) legal(is) e ou por seu procurador infra-assinado (procuração anexa), manifestar seu interesse em credenciar-se perante a **COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS – COPASA MG**, para prestação de serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de emergências e urgências, por Ambulância de Suporte Básico (tipo B) e por Ambulância suporte avançado (tipo D), também denominada ambulância UTI móvel, para dar suporte às emergências e urgências médicas ocorridas nas dependências da **COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS – COPASA MG**, situadas em Belo Horizonte e RMBH.

Para tanto, declara ter pleno conhecimento de todas as informações necessárias à execução dos serviços objeto do Credenciamento \_\_\_\_\_, comprometendo-se a realizar as ações necessárias para o fiel cumprimento do Contrato de Credenciamento a ser celebrado, conforme estabelecido no Termo de Referência SPRH/DVSS 001/2017, e na minuta de Contrato de Credenciamento.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Nome, cargo, nº carteira de identidade e CPF do representante legal e ou procurador da interessada e assinatura