

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO  
NO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO DA  
SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PRONAS/PCD)**

I - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO		
Razão Social:		
CNPJ:	CNES:	Data de fundação da instituição:
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Fone:	FAX:
E-mail:		
Nome do dirigente da instituição:		
Procurador (se aplicável):		
Qualificação da Instituição: <input type="checkbox"/> CEBAS – Saúde <input type="checkbox"/> CEBAS – MDS <input type="checkbox"/> CEBAS - MEC <input type="checkbox"/> Organização Social <input type="checkbox"/> OSCIP <input type="checkbox"/> Declaração de prestação de atendimento direto e gratuito e cadastro no SCNES		
II – REQUERIMENTO		
<p>O representante legal da supracitada instituição vem requerer o credenciamento no Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), como etapa prévia à apresentação de projetos, em conformidade com a Lei nº 12.715/2012 e demais legislação regulamentadora.</p> <p>Local e data.</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do dirigente da instituição</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nome do dirigente da instituição</p>		