

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO

CT/CONAB/SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO Nº

Rio de Janeiro-RJ, ____ de ____ de 2019.

Ao
Sr. Prestador

Declaramos para os devidos fins que _____,
CNPJ _____, atendeu aos requisitos exigidos no processo de credenciamento para prestação de serviços aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde da Conab, publicado por meio do Edital nº 001/2019.

A presente Declaração de Habilitação para Credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua emissão, podendo ser prorrogado por igual período, por interesse da Conab, desde que mantidas as mesmas condições do momento da habilitação.

Outrossim, cumpre-nos reiterar que tal habilitação não implica na obrigação de contratação.

Atenciosamente,

Matheus Campbell Ribeiro
Setor de Adm. de Desenv. e de Recursos Humanos
Encarregado

ANEXO III - DECLARAÇÃO DE INABILITAÇÃO

CT/CONAB/SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO Nº

Rio de Janeiro-RJ, ____ de ____ de 2019.

À(o)
Sr. Prestador

Com relação ao processo de credenciamento para prestação de serviços aos beneficiários do Serviço de Assistência Médica – SAS da Conab, publicado por meio do Edital Chamamento Público para Credenciamento nº 001/2019, cumpre-nos informá-los de que não será possível o credenciamento de Vossa Senhoria em virtude do não atendimento do(s) seguinte(s) requisito(s):

- a)
- b)
- c)

Assim, agradecemos a sua participação, ao tempo em que informamos que fica garantido o direito de interposição de recurso, no prazo de 10 (dez) dias contados a partir desta, e que a documentação que nos foi apresentada permanecerá arquivada e à disposição de Vossa Senhoria, após o citado prazo de recurso.

Atenciosamente,

Elias Dias Lopes Filho
Gerência de Finanças e Administração
Gerente