

ANEXO XIV – MINUTA DE DECLARAÇÃO DE INABILITAÇÃO

CARTA/GESAS/Nº _____ Cidade-UF, ___/_____/_____.

Ao (À) Senhor(a)

XXXXXXXXXX

Responsável Legal do (nome do estabelecimento)

Endereço

CEP: _____/DF

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 de Chamamento Público 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 05 (cinco) dias úteis contado a partir desta data. Após vencido o prazo para o recurso, os documentos apresentados estarão disponíveis para retirada até o 5º (quinto) dia útil após o prazo recursal.

Ressaltamos que o não comparecimento na data aprazada, configurar-se-á desinteresse, razão pela qual a documentação será descartada.

Atenciosamente,

LUCIANO MONTEIRO LOPES

Gerente

Gerência de Serviço de Assistência à Saúde - GESAS