

ANEXO III - MINUTA DE DECLARAÇÃO DE INABILITAÇÃO

CT/CONAB/SUREG-MT Nº ____

Cuiabá-MT, ____ de ____ de 20__.

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 nº ____/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 contado 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,

Nome do empregado

Superior do setor vinculado ao setor demandante de
Serviços de Assistência à Saúde na Matriz e/ou Regionais