Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO XIV - MINUTA DE DECLARAÇÃO DE INABILITAÇÃO

CARTA/GEFAD Nº Porto Alegre-RS, __ de___de 20__.

Ao (À) Senhor(a)
XXXXXXXXX
Responsável Legal do (nome do estabelecimento)
Endereço
CEP: _____ _____/RS

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 01/2019, 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,

Nome
Gerência de Finanças e Administração
Gerente