



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE
CUBATÃO**
AV. JOAQUIM MIGUEL COUTO N° 1000 - VILA COUTO - CUBATÃO - SP
TEL (13) 3362 6699 - FAX (13) 3361 6752

ANEXO II - MODELO

FORMULÁRIO REQUERIMENTO DE RECREDENCIAMENTO

_____(nome / razão social)_____, _____(cpf / cnpj)_____, com sede na Rua/Avenida
_____, n.º _____, Bairro _____,
Cidade _____, Estado _____, CEP _____, vem pelo
presente requerer seu credenciamento para prestação de serviço de Assistência
_____(médica, hospitalar, odontológica, home-care)____ para atendimento em rede
própria aos mutuários titulares e seus dependentes devidamente inscritos junto à
Caixa de Previdência dos Servidores Municipais de Cubatão, nos termos do Edital nº
003/2022 de Recredenciamento, informando desde já os dados a seguir:

Razão Social

Telefone Fax

Correio Eletrônico

Banco – Agência – Conta

Descrição do(s) Serviço(s) - Código AMB.
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - 99999999

Cubatão ____ de _____ de 2022

Assinatura (nome, carimbo e assinatura do representante legal da instituição)