



**PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**DIVISÃO DE CONTRATOS - CPLC**  
E-Mail: [cplc.saude@sjc.sp.gov.br](mailto:cplc.saude@sjc.sp.gov.br)  
[HTTP://www.sjc.sp.gov.br](http://www.sjc.sp.gov.br)

**CREDENCIAMENTO Nº 002/SS/2023**  
**PROCESSO Nº 83487/2023**

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, já qualificado nos dados para Credenciamento nº 002/SS/2023, declaro ter disponibilidade para realização para atendimento nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), preferencialmente nos dias e horários abaixo destacados:

**DIAS**

- ☐ 2º - feira
- ☐ 3º - feira
- ☐ 4º - feira
- ☐ 5º - feira
- ☐ 6º - feira
- ☐ Todos os dias da semana

**HORÁRIOS:**

- ☐ 07h às 11h
- ☐ 08h às 12h
- ☐ 09h às 13h
- ☐ 10h às 14h
- ☐ 11h às 15h
- ☐ 12h às 16h
- ☐ 13h às 17h
- ☐ 14h às 18h
- ☐ Todos os horários

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

---

**Nome**  
**Telefone para contato**