



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO III**

**CERTIFICADO DE CREDENCIAMENTO**

Certifico e dou fé que \_\_\_\_\_  
inscrito no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_,  
Endereço \_\_\_\_\_, foi credenciado para as  
seguintes cirurgias: \_\_\_\_\_

Nos seguintes estabelecimentos \_\_\_\_\_ conforme  
processo administrativo de nº 35115/2014, Credenciamento  
006/SMS/2014.

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura