



SINSPMAR
Sindicato dos Servidores Públicos
Municipais de Angra dos Reis

EDITAL 002/2024 – PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

ANEXO II

Formulário de declaração de interesse de participação

Ao Presidente da Comissão de Avaliação do Processo Seletivo Simplificado

A empresa (nome / razão social), _____,
CNPJ nº _____, com
sede na (endereço completo), e-mail : _____, telefone de
contato nº _____ por intermédio de seu representante legal, Sr(a)
_____, portador(a) do RG nº
_____, expedida pelo
_____, e do CPF nº _____, vem
por meio desta, declarar o interesse desta empresa em participar do
PROCESSO SELETIVO para prestação de serviços de ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS de plano de saúde suplementar conforme disposto no item 01
e seus subitens do EDITAL 02/2024.

Apresenta, em anexo, todos os documentos exigidos, concordando desde já
com as condições previstas no edital e seus Anexos.

Atenciosamente,

_____, _____ de _____ de 20____

(nome e número da identidade do Representante legal)

OBS.: O texto deste Formulário deverá ser transcrito e apresentado em papel timbrado da Empresa participante