



GOVERNO MUNICIPAL DE  
**Tarrafas**  
*Cuidar é o Nosso Compromisso.*



## ANEXO IV MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS VALORES DA TABELA SUS

Com vistas à participação no processo de CREDENCIAMENTO Nº 2026.02.24.1 – SESA através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TARRAFAS - CE, **declaro aceitar os valores constantes da TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME's) DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – TABELA SUS para prestação dos serviços contidos no objeto do presente certame e, também, estar de acordo os critérios nacionais de reajustes, publicados pelo Ministério da Saúde.**

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2026.

Assinatura  
(Nome e carimbo do representante legal da empresa)