

**TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE SUBVENÇÃO E SOLIDARIEDÁGUA****1 - Hospital**

Nome:

CNPJ:

Telefone(s):

2 - Representante legal

Nome:

Doc. identidade nº:

CPF:

3 - Subvenção - Informações da unidade que receberá o benefício

Matrícula:

Endereço da Ligação:

Nº.

Compl.

Bairro:

Localidade:

MG

E-mail da entidade:

CEP.:

4 - Vigência

A vigência da subvenção será de um ano e será renovada mediante apresentação de documentação atualizada, conforme Condições Gerais do Programa.

5 - Adesão**(Marque uma ou duas opções de acordo com o interesse do hospital)** Subvenção Solidariedade (ficará a cargo do hospital, fazer a captação de doadores.)**6 - Conta bancária****(Não é necessário preencher em caso de NÃO ADESÃO ao Solidariedade)**

Nome do Banco:

Código do Banco:

Agência nº:

Nº da Conta Corrente:

Em caso de alteração dos dados bancários, é indispensável o envio do comprovante.**7 - Ciência e concordância**

Ao assinar, atesto que me enquadro nos critérios determinados na Resolução ARSAE-MG 189/2024, sob pena de perda do benefício, e autorizo a divulgação do Nome e CNPJ da entidade no site da Copasa para fins de transparência e regulação do programa.

Local e data:

, de

de 20

(Assinatura do representante legal)