

ANEXO H ao Edital de Credenciamento OCS / PSA – HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE SÃO PAULO
MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO - PSA

Dr./Prof./Especialista + Nome do profissional + profissão

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Ao Sr. Ordenador de Despesas do Hospital Militar de Área de São Paulo

Eu, _____ (nome do profissional),
_____ (profissão), inscrito no Conselho Regional de _____ no Estado
de _____ sob o número _____, requeiro meu credenciamento para prestar
serviços aos usuários do SAMED/FuSEx nas Especialidades de
_____ e de _____, declarando total
concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento – Hospital Militar de
Área de São Paulo, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes
Referencial de Custos de Serviços de Saúde, anexo ao Edital.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no Edital de Credenciamento, bem como presto as
informações a seguir.

O meu consultório está localizado à _____ no
_____, sala _____, bairro de _____ CEP
_____, telefone _____ e o atendimento é feito às _____ (dias
da semana) no horário de _____

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas
nas Normas acima citadas.

São Paulo/SP, ____ de _____ de 2024.

(Nome do Representante Legal)
(nº cédula de identidade)

Dr./Prof./Especialista + Nome do profissional + profissão

CARTA-PROPOSTA

Razão Social:	CNPJ:
Endereço:	Telefone/fax:
Área de Atuação:	Especialidade:
Representante Legal:	CPF:

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Especial de Licitação e Credenciamento de OCS/ PSA do Hospital Militar de Área de São Paulo a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento – Hospital Militar de Área de São Paulo, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Referencial de Custos de Serviços de Saúde, Anexo F do Edital. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

1) Identificação			
Nome do Profissional	Registro Conselho	Especialidade	Observação
Nome do profissional	CRM	Oncologista	Consulta e PROCECIMENTOS CIRURGICOS

Observação: em relação aos médicos deverá informar obrigatoriamente se vão realizar apenas consulta, ou se estes farão outros procedimentos médicos cobertos pelo FUSEx.

2) Relação de Serviços:		
Código CBHPM 5ª Ed	Serviço (exemplo)	Observação
0.00.00.00-0	Consulta cirurgião-geral	Ambulatorial ou paciente internado
00.00.000-0	Endoscopia Digestiva Alta	Ambulatorial ou internamento
00.00.000-0	...	
00.00.000-0	Eletrocardiograma	Ambulatorial ou internamento

3) Relação de Equipamentos Técnicos:

4) Dias e Horários de Atendimento:

5) Dados Bancários:		
Banco:	Agência:	Conta Corrente:

6) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail):
--

São Paulo/SP, ____ de _____ de 2024.

PSA (Nome completo)
(nº cédula de identidade)



