

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

# TIMBRE da EMPRESA

## REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

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

A Empresa (ou Associação, Instituição, etc.), \_\_\_\_\_(razão social)\_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, no\_\_\_\_, \_\_\_\_ (complemento)\_\_\_\_, \_\_\_\_ (bairro)\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, na cidade de Campinas, \_\_\_\_ (telefones) \_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, na condição de Organização Civil de Saúde inscrita no \_\_\_\_\_ (Órgão ou Conselho Fiscalizador)\_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_, vem requerer seu credenciamento para prestar serviços aos usuários do FuSEx, SAMMED, PASS e Ex-Cmb, nas especialidades de \_\_\_\_\_ (resumir a especialidade da OCS)\_\_\_\_\_.

Disponibilizamos os seguintes meios para prestar quaisquer esclarecimentos relativos esta proposta, bem como para agendamento da vistoria técnica: telefone (xx) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (nome do contato, função)

Para efeito do ora requerido, seguem anexos os documentos especificados no Edital de Credenciamento, com o qual esta empresa (ou Associação, Instituição, etc.) declara estar de pleno acordo em todas as suas cláusulas e condições.

Também, esta empresa (ou Associação, Instituição, etc.) se compromete a possuir cadastro no Sistema de Cadastro de Fornecedores (SICAF) do Governo Federal e mantê-lo regular, a fim de permitir a assinatura do instrumento contratual, bem como sua execução durante a vigência.

Designado para representar legalmente e a intervir pelo(a) **(nome da empresa)**, o Sr(a) **(nome do representante)**, **(nº documento de identidade)**, constando também em anexo a credencial que o autoriza a participar deste procedimento administrativo.

São Paulo/SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante Legal)**  
**(nº cédula de identidade)**



# TIMBRE da EMPRESA

## 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) Relação do Corpo Clínico (em caso de muitos profissionais, relacionar apenas os chefes dos principais serviços/clínicas, se desejar)			
Nome do Profissional	Registro Conselho	Especialidade	Observação
Nome do profissional	CRM	Oncologista	Consulta e PROCECIMENTOS CIRURGICOS
Nome do profissional	CRM	Infectologista	Somente consulta
Nome do profissional	CRFa	Fonoaudióloga	
Nome do profissional	CRP	Psicólogo	
.....			

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 (de forma simplificada, breve):		
Código CBHPM	Serviço (exemplo)	Observação
0.00.00.00-0	Consulta cirurgião-geral	Ambulatorial ou paciente internado
0.00.00.00-0	Consulta infectologista	Ambulatorial ou paciente internado
0.00.00.00-0	Internamento clínico - Pediatria	
00.00.000-0	Internamento clínico - Gastrologia	
0.00.00.00-0	Fisioterapia respiratória	Paciente internado
00.00.000-0	...	Ambulatorial ou internamento
00.00.000-0	Endoscopia Digestiva Alta	Ambulatorial ou internamento
00.00.000-0	...	
00.00.000-0	Eletrocardiograma	Ambulatorial ou internamento
00.00.000-0	...	
...		

3) Relação de Equipamentos Técnicos (apenas os mais importantes e relevantes):  
- exemplos: tomógrafo, robô cirúrgico, para hemodiálise, endoscópicos, etc

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.

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

As documentações inerentes à habilitação encontram-se anexadas rigorosamente na seguinte ordem:

**1. HABILITAÇÃO JURÍDICA**


**2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA / ECONÔMICO-FINANCEIRA**


**3. DECLARAÇÃO**

--	--

**4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**


Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Local, data)

\_\_\_\_\_  
(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)

