



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS**

ANEXO M - MODELO DE REQUERIMENTO PARA ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS)

Razão Social:		CNPJ:
Telefone:	Celular:	
Endereço:		Manaus/AM
Área de Atuação:	Especialidade:	
Representante Legal:		CPF:
E-mail:		

O interessado acima identificado requer à Comissão Especial de Credenciamento do Hospital Militar de Área de Manaus a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento 001/2024- HMAM e seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes no Referencial de Custos e Projeto Básico, e que atende plenamente os requisitos de habilitação e de execução contratual. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

1) Relação de Serviços:(exemplo) - Exames de imagem - Exames Laboratoriais

2) Relação de Equipamentos Técnicos:

3) Dias e Horários de Atendimento:

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

A documentação inerente à habilitação encontra-se anexada na seguinte ordem:

1. CARTA-PROPOSTA DE SERVIÇO E RELAÇÃO DO CORPO CLÍNICO	

2. HABILITAÇÃO JURÍDICA	

3. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA E ECONÔMICO-FINANCEIRA	

4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	

5. DECLARAÇÕES/CERTIDÕES	

Manaus-AM, ____ de _____ de _____.

(Responsável Legal)
(nº cédula de identidade)

Manaus, de de 2025.

ALESSANDRO SARTORI THIES – Cel
Ordenador de Despesas do H Mil A Manaus