



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

**ANEXO O - MODELO DE CARTA-PROPOSTA DE SERVIÇOS PARA CREDENCIAMENTO
COM O HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS**

Razão Social:	CNPJ:
Telefone:	Celular:
Endereço:	Manaus/AM
E-mail:	

O interessado acima identificado informa a relação do Corpo Clínico e a relação de serviços a qual requer Credenciamento:

1) Relação do Corpo Clínico			
Nome do Profissional	Registro Conselho	Especialidade	Observação
Nome do profissional	CRM	Oncologista	Consulta e procedimentos
Nome do profissional	CRM	Infectologista	Somente consulta
Nome do profissional	CRFa	Fonoaudióloga	
Nome do profissional	CRP	Psicólogo	

Observação: Informar se os médicos irão realizar apenas consulta, ou se irão realizar outros procedimentos médicos cobertos pelo FUSEx.

2) Relação de Serviços:(exemplificativa)		
Código	Serviço	Observação
0.00.00.00-0	Consulta cirurgia-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	...	
00.00.000-0	Pacote Xxxxxxx	Pacote
00.00.000-0	Pacote Xxxxxxx	Pacote
...		

Conforme item 15.22 do edital, qualquer alteração na relação de Corpo Clínico e/ou impossibilidade de realização dos serviços acima relacionados, devem ser informados imediatamente ao FuSEx através do endereço de e-mail: fusexhmam@gmail.com.

Manaus-AM, ____ de _____ de 2025.

(Nome do Representante Legal)

x