



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
50º BATALHÃO DE INFANTARIA DE SELVA
(24º BC/1919)
"BATALHÃO CAPITÃO-MOR MONIZ BARRETO"**

CARTA-PROPOSTA

Razão Social: CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE DO MARANHÃO		CNPJ: 05.444.798.0001-84
Endereço: RUA PIAUI N º 735/ CENTRO/ IMPERATRIZ- MA		Telefone/fax: 3524-3604
Área de Atuação: ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES.	Especialidade: CLÍNICA MÉDICA E EXAMES AMBULATORIAL.	
Representante Legal: LUIZ CARLOS NOLETO BARBOSA		CPF: 098.193.201-00

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Especial de Licitação do Comando do 50º Batalhão de Infantaria de Selva a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FuSex da Guarnição de Imperatriz-MA para credenciamentos. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

1) Relação do Corpo Clínico	
Nome	Registro Conselho
ANA CLAUDIA RIZZO NOLETO – MÉDICA DA FAMÍLIA. ANA MARIA CASTRO DOS SANTOS- GINECOLOGISTA OBSTETRICA. LUIZ CARLOS BARBOSA NOLETO- GINECOLOGISTA OBSTETRICA / MASTOLOGISTA.	CRM-MA 4678/ RQE 5579 CRM-MA 1466/ RQE 451 CRM -MA 830 / RQE 1944 CRM-MA 830 / RQE 2670

2) Relação de Serviços: CLÍNICA MÉDICA/ EXAMES AMBULATORIAL E EXAME DE IMAGEM.

3) Relação de Equipamentos Técnicos: APARELHO DE ULTRASSOM, COMPUTADOR, COLPOSCOPIO E ETC.

4) Dias e Horários de Atendimento: SEGUNDA A SEXTA NO PERÍODO 07:00 ÀS 18:00 HORAS.

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

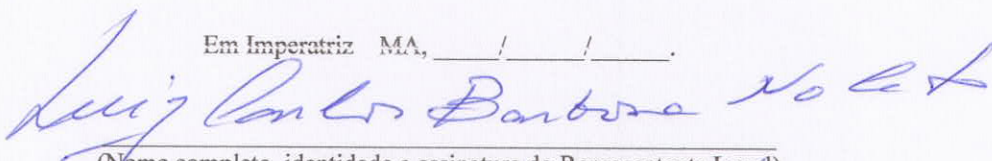
1. HABILITAÇÃO JURÍDICA	
	ATO CONSTITUTIVO
	ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO
	ALVARÁ VIGILÂNCIA SANITÁRIA
	AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIRO

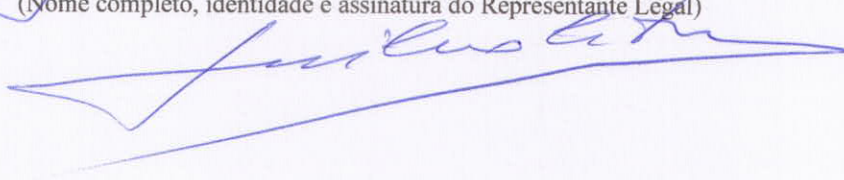
2. REGULARIDADE FISCAL	
	CERTIDÃO NEGATIVA DE DÍVIDA ATIVA
	CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO
	CERTIFICADO DE REGULARIDADE
	CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

3. DECLARAÇÃO	
	DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI MENOR DE 18 ANOS EM TRABALHO NOTURNO
	DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	
	RESPONSÁVEL TÉCNICO
	COMPROVAÇÃO DE ESPECIALIDADE MÉDICA

Em Imperatriz MA, ____/____/____.


(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)



5) Dados Bancários:

Banco: BRADESCO

Agência: 0460

Conta Corrente: 50571-4

6) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail): cisam735@hotmail.com