

ANEXO H - Edital de Credenciamento OCS / PSA Cmdo B Ap R Bauru
MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO - OCS



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMSE - 2ª RM
BASE DE APOIO REGIONAL DE BAURU

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Ao Sr. Ordenador de Despesas do Comando da Base de Apoio Regional de Bauru

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.

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.

Bauru/SP, ____ de _____ de 2024.

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



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 Cmdo B Ap R Bauru a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento – Cmdo B Ap R Bauru, 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			
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:		
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:

4) Dias e Horários de Atendimento:

5) Dados Bancários:

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

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

Bauru/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)