



**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**MARINHA DO BRASIL**

**COMANDO DO 3º DISTRITO NAVAL**

**HOSPITAL NAVAL DE RECIFE**

**MODELO DE CARTA PROPOSTA**

<b>Razão Social:</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CNPJ:</b>
<b>Representante Legal:</b>	<b>CPF:</b>

O interessado identificado acima vem requerer à Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde do Hospital Naval de Recife a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 1/2025 e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes no Referencial de Preços de Serviços de Saúde do HNRe para credenciamentos. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas para habilitação e prestadas as informações a seguir:

<b>Endereço sede:</b>	
<b>Especialidade principal:</b>	
<b>Telefones:</b>	
<b>E-mail geral:</b>	
<b>Endereço Internet:</b>	
<b>Dados bancários para pagamento:</b>	<b>Conta:</b> _____ <b>Agência:</b> _____ <b>Banco:</b> _____

<b><u>Contatos</u></b>			
<b>Setor</b>	<b>Responsável</b>	<b>Telefone</b>	<b>e-mail</b>
<b>Direção</b>			
<b>Setor de contratos</b>			
<b>Setor de faturamento</b>			
<b>Emissão de Notas Fiscais</b>			
<b>Preposto</b>			

<b>1) Serviços a serem disponibilizados aos usuários do SSM/FUSMA:</b>	
<b>Serviço</b>	<b>Observação</b>

<b>2) Relação do Corpo Clínico:</b>
-------------------------------------

<b>3) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail):</b>
---

<b>4) Telefones para marcação, Dias e Horários de Atendimento:</b>
--

<b>5) Nome completo, número e identidade e CPF de uma testemunha para assinar o contrato, juntamente com o(s) representante(s) legal(is) da empresa:</b>
--

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

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