

Logo  
papel timbrado

Ao: Centro Médico assistencial da Marinha,

**CARTA PROPOSTA PARA OSE/OCS**

Razão Social:	CNPJ:
Endereço:	Telefone/fax:
Área de Atuação:	Especialidade:
Representante Legal:	CPF:

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Especial de Credenciamento do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 001/2025, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico e Ambulatoriais do FUSMA/MB, para credenciamentos. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

<b>1) Dados Bancários:</b>		
<b>Banco:</b>	<b>Agência:</b>	<b>Conta Corrente:</b>

<b>2) Responsável Técnico:</b>	
<b>Nome completo</b>	<b>Nº CRM</b>

<b>3) Dias e Horários de Atendimento:</b>
<b>4) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail):</b>

<b>5) Relação de Equipamentos Técnicos:</b>		
<b>nº</b>	<b>Descrição dos equipamentos</b>	<b>Grupo de itens/itens Relacionados</b>
1		
2		
3		
4		
5		
...		

<b>6) Relação do Corpo Clínico:</b>				
<b>n°</b>	<b>Nome Completo</b>	<b>Especialidade</b>	<b>N° CRM</b>	<b>N° RQE</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
...				

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

<b>1. HABILITAÇÃO JURÍDICA</b>	

<b>2. REGULARIDADE FISCAL</b>	

<b>3. DECLARAÇÃO</b>	

<b>4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA</b>	

Rio de Janeiro, RJ, datado conforme assinatura digital.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal)

**Relação Dos Procedimento Objeto Deste Credenciamento (marcar com – X, na seleção do serviço)**

Seleção	Item	Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PUBLICO ATENDIDO		
	01	41301013	ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	02	41301170	AVALIAÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS (TESTES DE SCHIRMER)		ADULTO	PEDIÁTRICO
	03	41501012	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	04	40103137	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	05	41301072	CAMPIMETRIA MANUAL		ADULTO	PEDIÁTRICO
	06	41301080	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	07	41301129	CURVA TENSIONAL DIÁRIA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	08	41301153	ESTEREOFOTO DE PAPILA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	09	41301200	EXAME DA MOTILIDADE OCULAR (TESTE ORTÓPTICO)		ADULTO	PEDIÁTRICO
	10	20103239	EXERCÍCIOS DE ORTÓPTICA (POR SESSÃO)		ADULTO	PEDIÁTRICO
	11	41301242	GONIOSCOPIA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	12	41301250	MAPEAMENTO DE RETINA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	13	41301269	MICROSCOPIA ESPECULAR DA CÓRNEA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	14	41501128	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	15	41301307	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL		ADULTO	PEDIÁTRICO
	16	41301315	RETINOGRAFIA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	17	41401301	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	18	41501144	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA- MÁCULA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	19	41501144	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – DISCO ÓPTICO		ADULTO	PEDIÁTRICO
	20	41301323	TONOMETRIA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	21	40901530	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	22	10101012	CONSULTA OFTALMOLÓGICA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	23	10101012	CONSULTA COM SUBESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA		ADULTO	PEDIÁTRICO
	24	30306019	CAPSULOTOMIA YAG		ADULTO	PEDIÁTRICO
	25	30312043	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR SESSÃO)		ADULTO	PEDIÁTRICO

**Obs.: Marcar com S (sim) N(não), para o público oferecido.**

Esta Carta Proposta possui validade de 90 (noventa) dias, após sua assinatura.

Rio de Janeiro, RJ, datado conforme assinatura digital.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal)