

VI – Atendimento adulto e infantil (especificar se atende em todos os serviços propostos).

VII – Declaramos cumprir todos os requisitos de habilitação, previstos no Edital e no Termo de Referência, sobre as exigências de capacidade técnica, para a prestação dos serviços propostos no item II.

VIII - Nome do Banco, no da Agência e Conta-Corrente onde deverão ser creditados os pagamentos:

IX - Declaramos concordar com os termos do Edital nº 03/2024 e seus anexos e aceitamos os preços discriminados na TABELA DE ÍNDICES E VALORES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PELAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE EXTRA-MARINHA (OSE) E PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) (Apêndice I do Termo de Referência do Edital) e as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos.

X – No caso de COOPERATIVA: Declaramos que esta empresa cumpre com os requisitos estabelecidos no artigo 16 da lei 14.133 de 2021. Tipo () marque um x em caso de cooperado.

XI - No caso específico do atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, apresentar a relação de ambulâncias correspondentes aos tipos credenciados.

_____ (Município), RJ, na data da assinatura.

Assinado Digitalmente

Atenção: Anexar todos os documentos necessários, de acordo com o Edital, para pessoa física, jurídica ou cooperativa, e entregar na Divisão de Obtenção do Centro de Intendência da Marinha em São Pedro da Aldeia, localizado à Rua Comandante Ituriel s/no - Bairro Base Aérea Naval – São Pedro da Aldeia – Rio de Janeiro – CEP: 28.944-054.

OBS: O Requerimento para Credenciamento terá validade de 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega, o qual admitirá prorrogação.