



**ANEXO I ao Edital nº 01/2022 - Credenciamento OCS / PSA (HGuJP / 2022)**  
**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO (OCS) E CARTA-PROPOSTA**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

Ao Sr(a). Diretor(a) Do Hospital de Guarnição de João Pessoa - HGuJP

A Empresa (ou Associação, Instituição, etc.), \_\_\_\_\_(razão social)\_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, no\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_(complemento)\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_(bairro)\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, na cidade de João Pessoa, \_\_\_\_\_(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 (83) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ (nome do contato, função)

Para efeito do ora requerido, seguem anexos os documentos especificados no Edital de Credenciamento nº 01/2022, 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)**, constando também em anexo a credencial que o autoriza a participar deste procedimento administrativo.

João Pessoa, PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
**(Nome do Representante Legal)**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA**

**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 Hospital de Guarnição de João Pessoa a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento 01/2022 - HGuJP, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Referencial de Custos de Serviços de Saúde - 2022, Anexo H 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 procedimentos 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 5ª Ed	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):

João Pessoa, PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
(Nome do Representante Legal)



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)