

**ANEXO N**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMS - 3ª RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE**

**MODELO DE 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 Credenciamento do Hospital Militar de Área de Porto Alegre (HMAPA)** a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024 e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes na Lista Referencial de Procedimentos e Preços FuSEx/SAMMED do HMAPA para Contratos de Credenciamento. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

1) Relação do Corpo Clínico	
• Nome	Registro Conselho

2) Relação de Serviços :
--------------------------

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):
--

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>	

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
 (Local, data)

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