

ANEXO A



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

**SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO AO CREDENCIAMENTO (Pessoa
Jurídica)**

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
ÁREA DE ATUAÇÃO:	ESPECIALIDADE:

A Empresa acima identificada vem requerer à Comissão de Credenciamento do FUNSA a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº Nº 01/2024, e em seus anexos, inclusive com os valores e tabelas praticadas. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas.

Localidade, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Responsável Legal
CPF Nº _____

ANEXO B



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO AO CREDENCIAMENTO (Pessoa Física)

NOME:	CPF:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
ÁREA DE ATUAÇÃO:	ESPECIALIDADE:

A Pessoa Física acima identificada vem requerer à Comissão de Credenciamento do FUNSA 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 tabelas praticadas. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas.

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente
CPF Nº _____

ANEXO C



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

CARTA – PROPOSTA (Pessoa Jurídica)

Localidade, _____ de _____ de 20____.

AO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

Pela Presente Proposta de Serviços, a Empresa _____ (Razão Social) vem oferecer aos beneficiários do SISAU – SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA os serviços profissionais na(s) especialidade(s) de:

- Listar as especialidades oferecidas concordando com os valores preestabelecidos conforme ANEXO Q.
- Dias de Funcionamento
- Horário de Atendimento
- Equipamentos Técnicos
- Quantidade de profissionais

Para efeito, anexo os documentos exigidos no ANEXO O do Edital de Credenciamento.

Atenciosamente,

Assinatura do Responsável Legal
CPF Nº _____

ANEXO D



MINISTÉRIO DA DEFESA COMANDO DA AERONÁUTICA HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

CARTA – PROPOSTA (Pessoa Física)

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Ao Hospital de Aeronáutica de Canoas HACO.

Eu, _____ (nome do profissional), _____ (profissão), inscrito no Conselho Regional de _____, no Estado de _____, sob o número _____, requiro meu credenciamento para prestar serviços aos beneficiários do SISAU – SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA na Especialidade de _____, 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 Tabela de Índices e Preços do referido Edital, Anexo Q.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no ANEXO P do Edital de Credenciamento.

O meu consultório está localizado à _____ no _____, sala _____, bairro _____, CEP _____, telefone _____, os atendimentos são feitos às _____ (dias da semana), no horário de _____.

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas nas Normas acima citadas.

Atenciosamente,

Assinatura do Requerente
CPF Nº _____

ANEXO E



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

FICHA CADASTRAL DO CREDENCIADO (Pessoa Jurídica)

CNPJ:			
RAZÃO SOCIAL:			
NOME FANTASIA:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
CONTATO:			
TEL.(1):	TEL.(2):	TEL.(3):	
E-MAIL:			
REPRESENTANTE LEGAL (1):			CPF:
CARGO:		RG/ÓRGÃO EMISSOR:	
REPRESENTANTE LEGAL (2):			CPF:
CARGO:		RG/ÓRGÃO EMISSOR:	
RESPONSÁVEL TÉCNICO:			CPF:
REGISTRO NO CONSELHO Nº:		RG/ÓRGÃO EMISSOR:	

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:	
BANCO Nº:	AGÊNCIA Nº:
CONTA CORRENTE:	

Localidade, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Responsável Legal
CPF Nº _____

ANEXO F



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

FICHA CADASTRAL DO CREDENCIADO (Pessoa Física)

NOME:			
CPF:		RG/ÓRGÃO EMISSOR:	
REGISTRO NO CONSELHO Nº:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
CONTATO:			
TEL.(1):	TEL.(2):	TEL.(3):	
E-MAIL:			

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:	
BANCO Nº:	AGÊNCIA Nº:
CONTA CORRENTE:	

Localidade, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Requerente
CPF Nº _____

ANEXO G



MINISTÉRIO DA DEFESA COMANDO DA AERONÁUTICA HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR (Pessoa Jurídica)

O interessado abaixo identificado DECLARA, para fins do disposto no inciso VI do art. 68 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que não possui em seu quadro de pessoal empregado (s) com menos de 18 (dezoito) anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, em qualquer trabalho, menores de 16 (dezesseis) anos de idade, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos de idade.

IDENTIFICAÇÃO

Empresa:

CNPJ:

Signatário (s):

CPF:

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz? SIM () NÃO ()

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável Legal
CPF Nº _____

ANEXO H



MINISTÉRIO DA DEFESA COMANDO DA AERONÁUTICA HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR (Pessoa Física)

O interessado abaixo identificado DECLARA, para fins do disposto no inciso VI do art. 68 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que não possui em seu quadro de pessoal empregado (s) com menos de 18 (dezoito) anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, em qualquer trabalho, menores de 16 (dezesseis) anos de idade, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos de idade.

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

CPF:

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz? SIM () NÃO ()

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente
CPF Nº _____

ANEXO I



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE (Pessoa Jurídica)

A(O) _____ (RAZÃO SOCIAL), localizada(o)
na(o) _____ (ENDEREÇO COMPLETO), _____ (ESTADO),
devidamente inscrita sob o CNPJ nº _____, com vistas ao credenciamento junto
ao HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS para a prestação de serviços de saúde, declara,
por meio de seu representante legal, sob as penas da lei, que a referida empresa não está cumprindo
penalidade de inidoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública.

Localidade, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Responsável Legal

CPF Nº _____

ANEXO J



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE (Pessoa Física)

A(O) Sr./Sra. _____ (PROFISSIONAL),
localizada(o) na(o) _____ (ENDEREÇO
COMPLETO), _____ (ESTADO), devidamente inscrita sob o CPF nº _____,
com vistas ao credenciamento junto ao HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS para a
prestação de serviços de saúde, declara, sob as penas da lei, que não está cumprindo penalidade de
inidoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública.

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente

CPF Nº _____

ANEXO K



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA (Pessoa Jurídica)

Sob as penas da lei, para os devidos fins e especialmente para o presente Edital de Credenciamento, a Empresa _____, inscrita no CNPJ/MF sob n.º _____, com sede à _____, no município de _____, pelo seu representante legal, infra-identificado, declara que está ciente, concorda e aceita todos os termos legais do Edital de Credenciamento e seus Anexos, referente ao Processo n.º 67278.001539/2024-82.

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável Legal

CPF N° _____

ANEXO L



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA (Pessoa Física)

Sob as penas da lei, para os devidos fins e especialmente para o presente Edital de Credenciamento, eu, _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, residente à _____, no município de _____, declaro que estou ciente, concordo e aceito todos os termos legais do Edital de Credenciamento e seus Anexos, referente ao Processo n.º 67278.001539/2024-82.

Localidade, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Requerente

CPF Nº _____

ANEXO M



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI, COMO SÓCIO, MILITARES OU SERVIDORES
CIVIS DA ATIVA DA AERONÁUTICA (Pessoa Jurídica)**

A _____, firma com sede à Rua/Av. _____, nº _____, Bairro de _____, nesta cidade de _____, Estado do _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, Inscrição Estadual nº _____, vem, através do seu representante legal, Sr. _____, portador do CPF nº _____, Cédula de Identidade nº _____, declarar, que não possui como sócio, membros ou servidores da ativa do Comando da Aeronáutica.

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável
Legal CPF Nº _____

ANEXO N



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI, COMO SÓCIO, MILITARES OU SERVIDORES
CIVIS DA ATIVA DA AERONÁUTICA (Pessoa Física)**

O(A) Senhor(a) _____, _____ (profissão),
Residente à Rua/Av. _____, nº _____, Bairro _____,
na cidade de _____, Estado do _____, inscrito(a) sob
CPF nº _____, Cédula de Identidade nº _____ declara que não possui,
como sócio, militares ou servidores da ativa do Comando da Aeronáutica.

Localidade, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Requerente
CPF Nº _____

ANEXO O



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (Pessoa Jurídica)

RAZÃO SOCIAL:
TIPO DE SERVIÇOS () MÉDICO () MÉDICO-HOSPITALAR () LABORATORIAL () PARAMÉDICO (PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, RPG, HIDROTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL)
ENDEREÇO:
TELEFONE:
Nº INSCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:
DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO:

DOCUMENTOS

1. () Solicitação de Habilitação ao Credenciamento
2. () Carta proposta
3. () Ficha cadastral / Dados bancários
4. () Alvará de Funcionamento
5. () Alvará de Sanitário
6. () Regularidade da instituição com o respectivo Conselho de Classe
7. () Contrato social / Estatuto / Alteração
8. () Inscrição no CNPJ

9. () RG dos representantes legais
10. () CPF dos representantes legais
11. () Certidão negativa do FGTS atualizada
12. () Certidão negativa do INSS atualizada
13. () Certidão conjunta de débitos relativos a tributos federais e à dívida ativa da União atualizada
14. () Certidão de negativa de débitos trabalhistas – CNDT
15. () Relação de membros do corpo clínico
16. () Curriculum vitae do Responsável técnico
17. () RG do responsável técnico
18. () CPF do responsável técnico
19. () Registro no respectivo Conselho de Classe do responsável técnico
20. () Cópia do diploma do responsável técnico
21. () Título de especialista do responsável técnico
22. () Declaração que não emprega menor (anexo G)
23. () Declaração de idoneidade (anexo I)
24. () Declaração de Concordância (anexo K)
25. () Declaração de que não possui, como sócio, militar ou servidor civil da ativa do Comando da Aeronáutica (anexo M)
26. () Solicitação de Credenciamento (anexo O)

Com os Documentos e Dados Complementares em anexo, venho requerer o Credenciamento para a prestação de serviços em saúde no Sistema de Saúde da Aeronáutica, no estado do Rio Grande do Sul, declarando conhecer e acatar as normas e instruções.

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável Legal

CPF Nº _____

ANEXO P



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (Pessoa Física)

NOME:
TIPO DE SERVIÇO: <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> PARAMÉDICO (PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, RPG, HIDROTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL)
ENDEREÇO:
TELEFONE:
Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:
DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO:

DOCUMENTOS

- Solicitação de Habilitação ao Credenciamento
- Carta proposta
- Ficha cadastral / Dados bancários
- Alvará de Funcionamento
- Alvará de Sanitário
- RG
- CPF
- Registro no respectivo Conselho de Classe
- Cópia do diploma/Título de Especialidade
- Certidão negativa do FGTS atualizada
- Certidão negativa do INSS atualizada

12. () Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual DRSCI
13. () Certidão conjunta de débitos relativos a tributos federais e à dívida ativa da União atualizada
14. () Certidão de negativa de débitos trabalhistas – CNDT
15. () Declaração que não emprega menor (anexo H)
16. () Declaração de idoneidade (anexo J)
17. () Declaração de concordância (anexo L)
18. () Declaração de que não possui, como sócio, militar ou servidor civil da ativa do Comando da Aeronáutica (anexo N)
19. () Solicitação de credenciamento (anexo P)

Com os Documentos e Dados Complementares em anexo, venho requerer o Credenciamento para a prestação de serviços em saúde no Sistema de Saúde da Aeronáutica, no estado do Rio Grande do Sul, declarando conhecer e acatar as normas e instruções.

Localidade, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente

CPF Nº _____



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Anexos Edital De Credenciamento 01/2024
Data/Hora de Criação:	24/10/2024 17:04:07
Páginas do Documento:	18
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	19
Hash MD5:	3ab1347f3bd9501e5babbaa1202b321b
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten ALEXANDRE MARINHO VALERO no dia 10/12/2024 às 16:44:41 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap LUCIANO SCOPEL no dia 11/12/2024 às 09:01:59 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten BÁRBARA SOUZA FIGUEREDO no dia 11/12/2024 às 09:02:28 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten GISELE DA SILVA BARBOSA RAMOS no dia 11/12/2024 às 09:02:34 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten LAIANE PEREIRA SILVEIRA BRUM no dia 11/12/2024 às 12:31:43 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap DANIEL COSTA AGUIAR no dia 12/12/2024 às 08:11:13 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel RODRIGO MOREIRA CHAVES no dia 10/01/2025 às 10:51:38 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO