

ANEXO H – MODELO DE CARTA PROPOSTA



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE

MODELO DE CARTA-PROPOSTA

Razão Social:	CNPJ:	
Endereço:	Telefone/cel:	
Área de Atuação:	Especialidade:	
Representante Legal:	ID:	CPF:
Responsável Técnico:	ID:	CPF:

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão de Credenciamento do Hospital de Aeronáutica de Recife (HARF) a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024 do HARF, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes do Referencial de Custos de Serviços de saúde do HARF (Anexo “M”) para credenciamentos. 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:

1. HABILITAÇÃO JURÍDICA	
Contrato Social e a Última Alteração Contratual autenticados	
Documentos do Responsável Legal: Identidade e CPF autenticados	

2. REGULARIDADE FISCAL	
Cadastro no SICAF	
Certidão Negativa de Débitos com a Receita Federal e União	
Certificado de Regularidade do FGTS-CRF	
Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT	
Certidão negativa consolidada do Tribunal de Contas da União - TCU	
Certidão negativa Estadual	
Certidão negativa Municipal	
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ	

3. DECLARAÇÃO	
ANEXO J	DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR
ANEXO K	DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE
ANEXO L	DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE SERVIDOR NO QUADRO FUNCIONAL

4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	
Inscrição junto ao Conselho de Classe autenticado	
Documentos do Responsável Técnico – Carteira de Registro profissional, Certificado de Especialidade autenticados e currículo vitae.	
Relação de membros do corpo clínico datada e assinada pelo responsável técnico contendo os seguintes dados: Nome completo; Especialidade clínica; Número no registro de classe. Obs: O documento deverá ser assinado e datado pelo Responsável Técnico em todas as folhas.	
Alvará de Localização e Funcionamento e Alvará Sanitária válidos e autenticados Obs: Se vencido ou a destempo apresentar requerimento ou protocolo de renovação autenticado, junto com o alvará vencido autenticado.	

Em _____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)