

**ANEXO - I**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO  
ESQUADRÃO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**MODELO DE CARTA-PROPOSTA**

Razão Social/Nome:		CNPJ/CPF:
Endereço:		Tel./fax:
Área de Atuação:	Especialidade:	
Representante Legal:		CPF:

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão de Credenciamento de OCS/PSA do Esquadrão de Saúde de São José dos Campos a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Custos para 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 e código TUSS:

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**


### **2. REGULARIDADE FISCAL**


### **3. DECLARAÇÃO**

--	--

<b>4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA</b>	

(Localidade) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_ .

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