

**MODELO DE CARTA-PROPOSTA DE SERVIÇOS PARA CREDENCIAMENTO
COM O HOSPITAL GERAL DE SALVADOR**



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE – 6ª RM
HOSPITAL GERAL DE SALVADOR/
BASE DE APOIO REGIONAL DE ILHÉUS -BA**

| | | |
|----------------------|----------------|---------------|
| Razão Social: | | CNPJ: |
| Endereço: | | Telefone/fax: |
| Área de Atuação: | Especialidade: | |
| Representante Legal: | | CPF: |

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Especial de Licitação da Hospital De Geral De Salvador a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento 03/2018 - HGeS, e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Referencial de Custos de Serviços de Saúde de 2018 SAMED/FuSEx -HGeS 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 do Profissional | Registro Conselho | Especialidade | Observação |
| Nome do profissional | CRM | Oncologista | Consulta e procecimentos |
| 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 (exemplificativa):

| Código CBHPM 5ª Ed | Serviço | 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 | ... | |

| | | |
|-------------|----------------|--------|
| 00.00.000-0 | Pacote Xxxxxxx | Pacote |
| 00.00.000-0 | Pacote Xxxxxxx | Pacote |
| ... | | |

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):

