



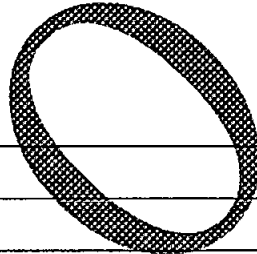
MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2017 - CEC**

(NUP: 64581.008413/2017-88)

**ANEXO "X" - Ficha Cadastro SICAF**

|   |  |          |                        |          |
|---|--|----------|------------------------|----------|
| Razão Social:                             | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX   |          |                        |          |
| Nome fantasia:                            | XXXXXXXXXX   |          |                        |          |
| Especialidade principal:                  | XXXXXXXXXXXXXX   |          |                        |          |
| Diretor:                                  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX   |          |                        |          |
| CNPJ:                                     | XXXXXXXXXXXXXXXXXX   |          |                        |          |
| Endereço sede:                            | Rua XXXXXXXXXXXXXXX, Sala nº XXX e XXX, Sexto Andar, XXXXXXXXXXX, Centro, CEP XXXXX-XXX, na cidade de XXXXXXX-XX |          |                        |          |
| Telefone geral:                           | XXXX-XXXX  |          |                        |          |
| FAX geral:                                | XXXX-XXXX  |          |                        |          |
| E-mail geral:                             | XXXXXX@XXXXXXXXXX  |          |                        |          |
| Domicílio bancário para pagamento:        | Conta: XXXXXX-XXXXXXXXXXXXXX   |          |                        |          |
| <b>Contatos</b>                           |  |          |                        |          |
| Setor                                     | Responsável  | Telefone | FAX                    | e-mail   |
| Direção                                   | XXXXXXXX   | XXXXXX   | XXXXXX                 | XXX@XXXX |
| Setor de contratos                        | XXXXXX   | XXXXXX   | XXXXXX                 | XXX@XXXX |
| Setor de faturamento                      | XXXXXX   | XXXXXX   | XXXXXX                 | XXX@XXXX |
| Emissão de Notas Fiscais                  | XXXXXX   | XXXXXX   | XXXXXX                 | XXX@XXXX |
| <b>Locais de atendimento aos usuários</b> |  |          |                        |          |
| Serviços                                  | Local  |          | Horário de atendimento |          |
| 1) Consultas<br>2) Exames ambulatoriais   | Rua XXXXXXX, Sala nº XXX e XXX, XXXXX, XXXXXXX, Centro, CEP XXXX, na cidade de Três Corações-MG                  |          | XXXXXXXXXXXXXXXXXX     |          |



NOTÍCIA

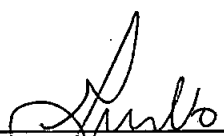
[Handwritten signatures and initials]




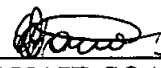
Manaus-AM, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Responsável pela OCS


Manaus-AM, 20 de outubro de 2017


  
\_\_\_\_\_  
**ANDRÉ LUIZ FARIA VAZ DE MELLO** – Maj  
Presidente da CEC/2017

  
\_\_\_\_\_  
**ALEX MAGALHÃES DE ALMEIDA** - Maj  
Membro da CEC/2017

  
\_\_\_\_\_  
**ZANAÍR SOARES VASCONCELOS** – Cap  
Membro da CEC/2017

  
\_\_\_\_\_  
**GETRO DE BARROS FREIRE JUNIOR** – 1º Ten  
Membro da CEC/2017


  
\_\_\_\_\_  
**JOSÉ RENATO ALVES SILVA** – 2º Ten  
Membro da CEC/2017

  
\_\_\_\_\_  
**LILLIANE ALMEIDA DE OLIVEIRA** - 3º Sgt  
Membro da CEC/2017

**MODELO**

APROVAÇÃO:

Manaus-AM, 20 de outubro de 2017

  
\_\_\_\_\_  
**ROGÉRIO GOMES DE LIMA** - Cel  
Ordenador de Despesas



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS

**TERMO DE ENCERRAMENTO DE VOLUME**

Ao(s) 20 dia(s) do mês de outubro de 2017, procedi o encerramento do Volume nº FV do Credenciamento nº 001/2017, NUP nº 64581.008413/2017-88, que encerra com a folha nº 752 e para constar, eu Lylliane Almeida de Oliveira, 3º Sgt, Membro da Comissão Especial de Credenciamento 2017 subscrevo e assino.

Lylliane Almeida de Oliveira.  
Lylliane Almeida de Oliveira – 3º Sgt  
Membro CEC/2017