

**ANEXO J – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE  
AUTÔNOMO**



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMP - 11ª REGIÃO MILITAR  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE BRASÍLIA

---

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)**

---

À Comissão Especial de Licitação do Hospital Militar de Área de Brasília:

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do profissional), \_\_\_\_\_ (profissão), inscrito no Conselho Regional de \_\_\_\_\_ no Estado de \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, requeiro meu credenciamento para prestar serviços aos usuários do SAMMED / Ex-COM/ PASS / FUSEx nas Especialidades de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento – CEL 001/2016, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes na Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FuSEx da Guarnição de Brasília para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos nos itens 4.7.2, 4.9.1, 4.11 e 4.11.6 do Edital de Credenciamento.

O meu consultório está localizado à Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_ sala \_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, telefone ( ) \_\_\_\_\_ e o atendimento é feito às \_\_\_\_\_ (dias da semana) no horário de \_\_\_\_\_, tendo como e-mail do contato \_\_\_\_\_.

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

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Local, data)

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

---