

**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)
