**ANEXO “M” - MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO - PSA**

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
COMANDO DA AERONÁUTICA
CENTRO DE LANÇAMENTO DE ALCÂNTARA
GRUPO DE SAÚDE DE ALCÂNTARA

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO**

Ao Sr Presidente da Comissão de Credenciamento de Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas do Grupo de Saúde de Alcântara:

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 Funsa nas Especialidades de _____, com o serviços destacados abaixo, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Chamamento Público (Credenciamento) nº 001/CLA/2024, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de de Preços e Pacotes de Prestação de Serviços da Guarnição de Alcântara para contratos e credenciamentos.
Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 6 do Edital de Credenciamento.

O meu consultório está localizado à:

| | |
|---|---|
| Endereço: | CEP: |
| Cidade/UF: | Telefone: |

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas nas Normas acima citadas, bem como passo a prestar as informações a seguir:

| |
|---|
| 1) Relação de Serviços e Códigos CBHPM: |

| Códigos | Procedimentos |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Obs.: Inserir mais linhas se necessário.

| 2) Relação de Equipamentos Técnicos: |
|---|
| |
| |
| |

Obs.: Inserir mais linhas se necessário.

| 3) Dias e Horários de Atendimento: |
|---|
| |

| 4) Dados Bancários: | | |
|---|---|---|
| Banco: | Agência: | Conta Corrente: |

| 5) Dados para Contato: | | |
|---|---|---|
| Pessoa para contato: | Telefone/Celular: | Endereço eletrônico (E-mail): |
| | | |
| | | |

Obs.: Inserir mais linhas se necessário.

As documentações inerentes à habilitação encontram-se anexadas rigorosamente na seguinte ordem:

| **1. HABILITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO** | |
|---|---|
| | Documento de Identificação e CPF do Representante Legal - Cópia autenticada em cartório |
| | Certidão de quitação eleitoral, nos termos do art. 7º, § 1º, III, c/c art. 146 do Código Eleitoral. |

| **2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA** | |
|---|---|
| | Certidão *Negativa* ou *Positiva com efeitos de Negativa* Relativos aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União |
| | Certidão *Negativa* ou *Positiva com efeitos de Negativa* de Débitos Trabalhistas |
| | Certificado de Regularidade do FGTS - CRF ou Declaração de NÃO Empregador conforme Anexo R |

| **4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** | |
|---|---|
| | Prova de Regularidade da PSA junto ao respectivo Conselho de Classe |
| | Alvará de Localização e Funcionamento válido |
| | Alvará Sanitário válido e autenticado. Se vencido ou a destempo atentar às regras do Edital conforme item 6.9.2.7 |
| | Documento de Registro no Conselho de Classe - Cópia autenticada em cartório |
| | Curriculum Vitae do PSA datado e assinado |
| | Diploma e Certificado de Especialidade do PSA |

| **3. DECLARAÇÃO** | |
|---|---|
| | Anexo O - Declaração do inciso XXXIII do art. 7º da constituição federal |
| | Anexo P - Declaração de idoneidade |
| | Anexo Q - Declaração que não possui como sócio, militar ou servidor civil da ativa, do Comando da Aeronáutica (exclusivo para pessoa jurídica) |

Obs.: Conforme item 6.12 do Edital, todas as cópias deverão ser autenticadas em cartório, salvo se emitidas pela internet. Ou ao protocolar, apresentar o documento original.

_____, ____de_____de_____.

_____

(Nome completo, CPF e assinatura do PSA)

Obs.: Rubricar as demais páginas da Carta-Proposta

MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

# CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

| | |
|---|---|
| Documento: | ANEXO M - MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PSA |
| Data/Hora de Criação: | 04/09/2024 19:36:06 |
| Páginas do Documento: | 3 |
| Páginas Totais (Doc. + Ass.) | 4 |
| Hash MD5: | 82f1b2b6555dc9886fd538df30ad2c8e |
| Verificação de Autenticidade: | https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura |

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten THAYRLA COSTA FONSECA no dia 05/09/2024 às 15:47:49 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten FELIPE DA SILVA GOMES no dia 13/09/2024 às 11:55:04 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Civil APARECIDO DERANZANI BICUDO no dia 16/09/2024 às 11:28:27 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Ten Cel Int JOÃO PAULO DO VALE PEREIRA no dia 17/09/2024 às 13:36:05 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel CLOVIS MARTINS DE SOUZA no dia 17/09/2024 às 19:32:08 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO