

ANEXO K – MODELO DE REQUERIMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
POLICLÍNICA MILITAR DE PORTO ALEGRE

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

Ao Sr Presidente da Comissão Permanente de Credenciamento da Policlínica Militar de Porto Alegre.

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 FuSEx na Especialidade de \_\_\_\_\_, declarando total  
concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento Nº \_\_\_\_ da Policlínica Militar  
de Porto Alegre, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes no Referencial de  
Preços da Policlínica Militar de Porto Alegre, Anexo A do Edital, para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 4 do Edital de Credenciamento.

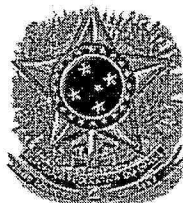
O meu consultório está localizado à \_\_\_\_\_ no  
\_\_\_\_\_, sala \_\_\_\_\_, bairro de \_\_\_\_\_ CEP  
\_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ e o atendimento é feito às \_\_\_\_\_ (dias da  
semana) no horário de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. (Local e Data)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE

ANEXO K – MODELO DE REQUERIMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
POLICLÍNICA MILITAR DE PORTO ALEGRE

1) Relação de Serviços Propostos (de acordo com o Anexo A):	
Código Tuss	Descrição do Serviço Proposto:

2) Relação de Equipamentos Técnicos:

3) Dias e Horários de Atendimento:

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

5) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail):

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. (Local e Data)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE