

ANEXO K - MODELO DE REQUERIMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
15ª COMPANHIA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(5ª Cia Fron/1949)

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO

Ao Sr Presidente da Comissão Especial de Licitação do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) da 15ª Companhia de Infantaria Motorizada de Guaíra - PR:

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 nas Especialidades de _____ e de _____, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento Nº _____, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes nos Referenciais de Custo – Anexos O e P do Edital – do SAMMED/FuSEx da Guarnição de Guaíra para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no 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 _____.

ASSINATURA