

**ANEXO M – DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2024 – MODELO DE  
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE  
AUTÔNOMO**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA  
(H Mil 1º CI / 1920)**

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

Ao Sr Presidente da Comissão Especial de Credenciamento do Hospital Geral de Juiz de Fora:

1. Eu, (**nome completo do profissional**), inscrito (a) no CPF sob o nº (**nº CPF**), identidade nº (**nº da identidade**), expedida por (**órgão expedidor da identidade**), NIT nº (**nº do NIT**), (**profissão**), inscrito(a) no Conselho Regional de (**nome do conselho**) no Estado de (**nome do Estado**) sob o nº (**nº do registro do conselho**), requero meu credenciamento para prestar serviços aos usuários do SAMMED/PASS/FUSEx, na Especialidade de (**descrever a atividade de atuação**), declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 1/2024 e seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FuSEx, Dependentes e Isentos/SAMEx-Cmb/PASS da Guarnição de Juiz de Fora-MG, para contratos e credenciamentos.

2. O meu consultório está localizado à (**endereço completo com CEP – caso seja para atendimento domiciliar, informar endereço domiciliar para correspondência**), telefone (**nº do telefone de contato para agendamento e de contato**), o e-mail de contato é (nome do e-mail).

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

4. E, neste ato:

4.1. DECLARA, para fins de participação no Credenciamento 1/2024, do Hospital Geral de Juiz de Fora, sob as penas da Lei, que não existem fatos supervenientes à data da entrega dos documentos exigidos para fins de credenciamento, nem tampouco impeditivos de sua participação na pré-qualificação para o credenciamento, e se compromete a comunicar ao HGe JF qualquer fato que venha a prejudicar, inclusive durante sua possível atuação como CREDENCIADO;

4.2. Junta a documentação exigida para ocorrência de sua habilitação ora requerida para credenciamento; e

4.3. Por oportuno, presta as informações a seguir:

4.3.1. Tipos de Atendimento:

Ambulatorial

Hospitalar

Domiciliar

4.3.2. Dias e Horários de Atendimento:

<b>Dias da semana</b>	<b>Horários</b>

4.3.3. Dados Bancários

<b>Banco:</b>	<b>Agência:</b>	<b>Conta Corrente:</b>
Código Banco:	Nome da Agência:	

Juiz de Fora, MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

**Representante Legal (Nome completo)**

Identidade nº (xxxxxxxxxxxxx)

CPF nº (xxxxxxxxxxxxx)

**ANEXO A – DO REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

**RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS**

<b>Código (TUSS)</b>	<b>Descrição do Procedimento</b>

Juiz de Fora, MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Representante Legal (Nome completo)**

Identidade nº (xxxxxxxxxxxxx)

CPF nº (xxxxxxxxxxxxx)

**ANEXO B – DO REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

**RELAÇÃO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS TÉCNICOS**


Juiz de Fora, MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

**Representante Legal (Nome completo)**

Identidade nº (xxxxxxxxxxxxxx)

CPF nº (xxxxxxxxxxxxxx)

## ANEXO C – DO REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

1. Para efeito, anexo os seguintes documentos exigidos no Edital de Credenciamento nº 1/2024 para habilitação:

2. HABILITAÇÃO JURÍDICA	
2.1	Requerimento para Credenciamento de Profissional de Saúde Autônomo (Anexo “M” do Edital).
2.2	Cópia da Carteira de Identidade.
2.3	Certidão de quitação eleitoral, nos termos do art. 7º, § 1º, III, c/c art. 146 do Código Eleitoral.
2.4	Comprovante de endereço do consultório. Em caso de atendimento domiciliar, comprovante de residência.

3. REGULARIDADE FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA - QUANDO AUSENTE DO CADASTRO NO SICAF	
3.1.	Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) <a href="https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp">https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp</a>
3.2	Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União <a href="https://solucoes.receita.fazenda.gov.br/Servicos/certidaointernet/PF/Emitir">https://solucoes.receita.fazenda.gov.br/Servicos/certidaointernet/PF/Emitir</a>
3.3	Certidão de Regularidade Fiscal (prova de regularidade relativa ao FGTS) no caso de empreendedor individual e se não for empregador, deverá, em substituição à CRF, fazer uma declaração alegando tal fato. <a href="https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf">https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf</a>
3.4	Caso o interessado pessoa física não seja empregador, deverá, em substituição ao CRF, declarar tal fato, conforme modelo constante no Anexo “P” do Edital de Credenciamento.
3.5	Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI), fornecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). No caso de aposentado, trabalhador com carteira de trabalho assinada ou servidor público, não será preciso a apresentação da Declaração de Regularidade ( <a href="https://cnis3.inss.gov.br/DRSCI/faces/pages/drsci/emitirDRSCI.xhtml">https://cnis3.inss.gov.br/DRSCI/faces/pages/drsci/emitirDRSCI.xhtml</a> ). A DRS-CI será substituída pela Certidão constante no subitem 2.2 acima, quando constar as contribuições sociais inclusive, conforme <b>alínea “c”</b> do parágrafo único do artigo 11 da lei 8.212, de 24 de julho de 1991.
3.6	Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas com a Justiça do Trabalho <a href="https://www.tst.jus.br/certidao1">https://www.tst.jus.br/certidao1</a>
3.7	Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça <a href="http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php?validar=form">http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php?validar=form</a>
3.8	Certidão de Nada Consta emitida pelo Tribunal de Contas da União <a href="https://contas.tcu.gov.br/certidao/Web/Certidao/NadaConsta/home.faces">https://contas.tcu.gov.br/certidao/Web/Certidao/NadaConsta/home.faces</a>

4. DECLARAÇÕES	
4.1	Declaração de que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição (Anexo “O” do Edital).
4.2	Declaração nos termos Declaração de Cumprimento da Medida Provisória nº 881 de 30/04/2019 e Resolução CGSIM nº 51 de 11/06/2019 (Anexo “Q” do Edital), quando for o caso.
4.3	Declaração de pessoa física não empregadora (Anexo P), quando for o caso.

<b>5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA</b>	
<b>5.1</b>	Registro ou inscrição e regularidade do prestador de serviço no Conselho de Classe respectivo.
<b>5.2</b>	Diploma de Graduação e a comprovação da Especialidade, que será feita mediante a apresentação de título de especialização ou residência registrado.
<b>5.3</b>	Alvará de localização e funcionamento válido expedido em seu nome no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado (se for o caso).
<b>5.4</b>	Alvará de autorização sanitária válido, expedido em seu nome, no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado (se for o caso).
<b>5.5</b>	Para habilitação em especialidades odontológicas, devem ser juntadas provas de inscrição junto ao respectivo CRO na condição de especialista. Os serviços abaixo relacionados estão restritos aos detentores do respectivo título de especialização: a- Cirurgia Buco-Maxilo-Facial; b- Endodontia; c- Periodontia; d- Prótese Fixa, acima de 05 (cinco) elementos; e- Estomatologia; f- Implantodontia; g- Odontopediatria; h- Ortodontia; i- Ortopedia Funcional dos Maxilares; j- Radiologia Odontológica; e k- Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

<b>6. VERIFICAÇÕES A SER REALIZADA PELA CREDENCIANTE (HGeJF)</b>	
<b>6.1</b>	SICAF.
<b>6.2</b>	Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) – Certidão emitida pelo Hospital Geral de Juiz de Fora.
<b>6.3</b>	Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União ( <a href="http://www.portaldatransparencia.gov.br/ceis">www.portaldatransparencia.gov.br/ceis</a> ), em nome do PSA.
<b>6.4</b>	Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça ( <a href="http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php">www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php</a> ), em nome do PSA.

7. Os documentos exigidos deverão ser apresentados dentro do prazo de validade e quando não mencionado o prazo, será considerado válido o documento emitido até 6 (seis) meses, a contar da data da emissão.

Juiz de Fora, MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
**Representante Legal (Nome completo)**

Identidade nº (xxxxxxxxxxxxxx)

CPF nº (xxxxxxxxxxxxxx)