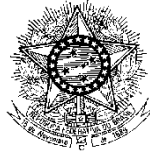


## ANEXO K



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
4ª BRIGADA DE CAVALARIA MECANIZADA  
(4ª DC/1949)  
BRIGADA GUAICURUS**

### **MINUTA DO MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)**

**Processo Administrativo nº 65326.001045/2025-31**

Ao Sr. Presidente da Comissão Especial de Licitação do Comando da 4ª Brigada de Cavalaria Mecanizada.

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 01/2025, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FuSEx da Guarnição de Dourado/MS para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos nos itens 4.4.2, 4.5.2 e 4.6.2 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

## ASSINATURA