

**ANEXO K – REQUERIMENTO - PSA****MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
Escola de Sargentos das Armas  
(Escola Sargento Max Wolff Filho)****REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO**

Ao Sr Presidente da Comissão Especial de Licitação da Escola de Sargentos das Armas:

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 SAMMED/FuSEx/PASS nas Especialidades de \_\_\_\_\_, **declarando  
total concordância** com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento Nº 01/2024 e em seus  
Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes na Lista Referencial de Procedimentos e Valores  
para Prestação de Serviços de Saúde ao FUSEX/SAMMED/PASS da Escola de Sargentos das Armas para  
Contratos e Credenciamentos na Guarnição de Três Corações, Anexo "M".

Observado o previsto no Edital de Credenciamento /2024 FuSEx/ESA, este PSA anexa ao  
presente requerimento os Certificados de Registros Cadastrais (CRC) extraídos do SICAF, declarando, sob  
as penas da lei, o preenchimento de todos os requisitos exigidos no edital de credenciamento, referentes  
à regularidade cadastral deste Profissional de Saúde Autônomo (PSA).

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

| Nome do profissional de saúde autônomo | Nº do Registro no Conselho de Classe |
|--|--------------------------------------|
|  |                                      |

**2) Relação de Serviços:**

*(Listar os serviços prestados)*

**3) Relação de Equipamentos Técnicos:**

*(Listar os principais equipamentos técnicos existentes)*

**4) Dias e Horários de Atendimento:****5) Dados Bancários:**

|              |  |          |                 |
|--------------|--|----------|-----------------|
| Nº do Banco: | Nome do Banco: (Não Pode ser bando digital e nem conta conjunta) | Agência: | Conta Corrente: |
|--------------|--|----------|-----------------|

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

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas nas normas acima citadas, durante o período em que permanecer credenciado.

Cidade/MG, (dia) de (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

**Observação:** Este requerimento deverá ser preenchido de forma datilografada ou impressa (digitado), com as informações do PSA interessado, em papel timbrado que o identifique, sem emendas e sem rasuras, de maneira completa, expressa e inteligível, tomando o cuidado de retirar o cabeçalho do corpo do modelo deste documento.