

ANEXO H – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
AUTÔNOMOS (PSA)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA**

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO

Ao Sr. Presidente da Comissão Especial de Licitação do Comando da 1ª Região Militar:

Eu, _____ (nome do profissional),
_____ (profissão), CPF _____, RG _____, inscrito no
Conselho Regional de _____ no Estado de _____ sob o número _____, requiero
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 03/2024, e em seus Anexos, inclusive com os valores e
instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FUSEx
do Comando da 1ª RM para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 4.6.2 do Edital de Credenciamento.

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

Dados Bancários:

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

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

Em _____, _____ / _____ / _____.
(Local, data)

ASSINATURA