ANEXO K – REQUERIMENTO - PSA

****

**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**EXÉRCITO BRASILEIRO**

**Escola de Sargentos das Armas**

**(Escola Sargento Max Wolf 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 Nº01/2020 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 item 3.3[[1]](#endnote-1) do Edital de Credenciamento 01/2020 FuSEx/ESA, em cumprimento ao exigido no item 4.1.2 do mesmo Edital, este PSA anexa ao presente requerimento os Certificados de Registros Cadastrais (CRC) extraídos do SICAF, 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: | 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.*

1. O Profissional de Saúde Autônomo (PSA - Pessoa Física) e a Organização Civil de Saúde (OCS – Pessoa Jurídica) que estejam com contrato vigente no ato da publicação do presente edital aderem aos seus termos e preços com a apresentação de um novo Requerimento ou Carta-Proposta, conforme a sua natureza jurídica. Neste caso a regularidade no SICAF será aferida pela Comissão Especial de Credenciamento, ficando o credenciado dispensado de apresentar com a carta-proposta ou o requerimento as certidões de registros cadastrais. A vigência das novas condições, neste caso, valerá a partir de 1º de janeiro de 2021. [↑](#endnote-ref-1)