

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 3.3ⁱ 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.

i 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.