

ANEXO H – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
3º GRUPO DE ARTILHARIA ANTIAÉREA
GRUPO CONDE DE CAXIAS**

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)

À Comissão Permanente de Credenciamento do 3º Grupo de Artilharia Antiaérea:

Eu, _____ (nome do profissional),
_____ (profissão), inscrito no Conselho Regional de _____ no Estado de _____ sob o número _____, requero meu credenciamento para prestar serviços aos usuários do SAMMED / PASS / FUSEx / SAMHEx-Cmb / FuSMa / FunSA/SARAM nas Especialidades de _____ e de _____, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento – nº 01/2017, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes na Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FuSEx da Guarnição de Caxias do Sul para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos nos itens 4.6, 5.1.2, 5.2.2 e 5.3.2 do Edital de Credenciamento.

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

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

Em _____, ____/_____/____.

(Local, data)

(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)

Caxias do Sul, RS, 19 de março de 2018.

LEANDRO FERNANDES MORAES – Ten Cel
Comandante do 3º GAAe