



ANEXO “D”
MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PARA PROFISSIONAL DE
SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PARA PSA

Nome:	CPF:
Endereço:	Telefone:
Área de atuação:	Especialidade(s):
Inscrição no Conselho Regional:	

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Especial de Licitação do Comando da 13ª Brigada de Infantaria Motorizada a respectiva habilitação para aderir ao credenciamento, declarando total **concordância** com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2022 e em seus anexos.

Para tanto, apresento os documentos exigidos e presto as informações a seguir:

1) Relação de procedimentos/especialidades/serviços a serem credenciados:

2) Dias, horários e capacidade de atendimento (por especialidade, se for o caso):

3) Endereço do(s) consultório(s):

4) Dados bancários:

Banco:

Agência:

Conta Corrente:



5) Endereço eletrônico para recebimento de notificações (E-mail):

A documentação necessária para a habilitação encontra-se anexa ao presente, rigorosamente, na ordem estabelecida no item 7 do Edital.

Cuiabá, MT, ___ de _____ de _____.

(Nome completo, identidade e assinatura)