MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE
(H Mil 2ª CL/1890)

ANEXO H - MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS - PSA

Ao Sr Presidente da Comissão Especial de Credenciamento do Hospital Militar de Área de Campo Grande:

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 FuSEx nas Especialidades de _____ e de _____, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento Nº 001/2018 - HMilACG, e em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FuSEx do HmilACG para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 4 do Edital de Credenciamento.

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

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

_____, de ____ de _____ de _____.

_____

ASSINATURA