

(Aqui: Timbre ou carimbo com dados da OCS ou PSA)

ANEXO III
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE OCS OU PSA

Ao Sr. Comandante da 3ª Companhia de Engenharia de Combate Mecanizada

1. A Pessoa Jurídica (OCS) / Pessoa Física (PSA), _____

informa que o local de atendimento será à Rua/Avenida _____,
_____ nº _____, sala/conjunto _____,
bairro _____, CEP _____, na
cidade de _____, estado _____, telefones
_____/_____/_____/_____, inscrita no CNPJ / CPF sob o nº
_____, e que, na condição de Organização Civil de Saúde –
OCS / Profissional de Saúde Autônomo (PSA), inscrita no (Órgão ou Conselho Fiscalizador)
_____ sob o nº _____, vem requerer seu
credenciamento para prestar serviços aos usuários dos sistemas SAMMED/FuSEx, PASS, SAMEx-
Combatentes e seus dependentes;

2. Disponibilizamos os seguintes meios para prestar quaisquer esclarecimentos relativos a esta proposta, bem como para agendamento da vistoria técnica: telefone () _____-_____, _____
_____/_____ (nome do contato/função);

3. Para efeito do ora requerido, seguem os anexos ao Edital de Credenciamento 01/2022 da 3ª Companhia de Engenharia de Combate Mecanizada, com o qual esta Pessoa Jurídica / Pessoa Física declara estar de pleno acordo em todas as suas cláusulas e condições;

4. Designado para representar legalmente e a intervir pela OCS acima, o(a) Sr(a).

_____/_____ (nome do representante legal / CPF),
constando também em anexo a credencial/procuração que o autoriza a participar deste procedimento administrativo;

5. Dados bancários: Banco _____, Agência _____, Conta-Corrente _____;

6. Correios eletrônicos (e-mail): _____;
_____;

7. Tabela com dias e horários de funcionamento do consultório/clínica:

DIAS	HORÁRIO INICIAL	HORÁRIO FINAL	OBS
Segunda-feira			
Terça-feira			

Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

_____ - RS, ____ de _____ de 20 ____
(Cidade)

(Nome completo do(a) Representante Legal da OCS ou PSA)
(Nº CPF)