ANEXO J – MODELO DE REQUERIMENTO

MINISTÉRIO DA DEFESA
MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO SÉTIMO DISTRITO NAVAL
CAPITANIA FLUVIAL DO ARAGUAIA TOCANTINS

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO

Ao Sr Presidente da Comissão de Credenciamentos da Capitania Fluvial do Araguaia Tocantins:

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 FUSMA nas Especialidades de _____ e de _____, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento Nº _____, e em seus Anexos.

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