



MINISTÉRIO DA DEFESA

MARINHA DO BRASIL

COMANDO DO 3º DISTRITO NAVAL

HOSPITAL NAVAL DE RECIFE

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
AUTÔNOMO (PSA)**

Ao Sr Presidente da Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde do Hospital Naval de Recife:

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 Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA)/ Sistema de Saúde da Marinha
(SSM) nas Especialidades de _____ e de
_____, declarando total concordância com as condições estabelecidas
no Edital de Credenciamento nº 1/2025, e em seus Anexos, inclusive com os valores e
instruções constantes no Referencial de Preços de Serviços de Saúde do HNRe, 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.

Dados bancários para pagamento:	Conta: _____ Agência: _____ Banco: _____
--	--

Dias e Horários de Atendimento:
--

Nome completo, identidade e CPF de uma testemunha para assinar o contrato juntamente com o(s) requerente(s).

Serviços a serem disponibilizados aos usuários do SSM/FUSMA:	
Serviço	Observação

Recife, PE, ____ de _____ de ____.

(Nome do Requerente)