

ANEXO III



MARINHA DO BRASIL

COMANDO DO 8º DISTRITO NAVAL

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO

Ao Sr Presidente da Comissão Especial de Credenciamento (CEC) do Comando do 8º Distrito Naval:

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 Sistema de Saúde da Marinha na jurisdição do Comando do 8 Distrito Naval em São Paulo, nas Especialidades de _____ e de _____, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 02/2024, seus Anexos e Apêndices, inclusive com os valores e instruções constantes Tabela Referencial para credenciamento.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 8 do TERMO DE REFERÊNCIA, anexo I do EDITAL DE CREDENCIAMENTO SAÚDE nº 02/2024.

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

Para recebimento de pagamento, informo que meu banco é _____, agência _____, conta corrente _____.

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

Em _____, ____/____/____.
(Local, data)

(Nome completo, identidade e assinatura)