

ANEXO K – MODELO DE REQUERIMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA

MARINHA DO BRASIL

CAPITANIA FLUVIAL DE MINAS GERAIS

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)

Ao Sr Presidente da Comissão Permanente de Licitação da Capitania Fluvial de Minas Gerais (CFMG):

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, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do FUSMA da CFMG para contratos e credenciamentos.

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

O meu consultório está localizado à _____ nº _____, sala _____, bairro _____ 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 _____.

ASSINATURA