



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
MARINHA DO BRASIL  
HOSPITAL NAVAL DE LADÁRIO**

**“ANEXO M” DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025  
MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE  
AUTÔNOMO**

Ao Sr Diretor do Hospital Naval de Ladário:

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 - 01/2025, e em seus  
Anexos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no 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 \_\_\_\_\_ e e-  
mail \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
(carimbo profissional)