



**MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO 8º DISTRITO NAVAL
CAPITANIA DOS PORTOS DO PARANÁ**

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE
AUTÔNOMO**

Ao Presidente da Comissão Especial de Credenciamento da Capitania dos Portos do Paraná:

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
Capitania dos Portos do Paraná para contratos e credenciamentos.

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 _____

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

_____, de ____ de _____ de ____.

ASSINATURA