

ANEXO L - MODELO DE REQUERIMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA

MARINHA DO BRASIL

CENTRO TECNOLÓGICO DA MARINHA EM SÃO PAULO - CTMSP

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO

Ao Sr Presidente da Comissão Especial de Credenciamento do CTMSP:

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 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 na Tabela Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares, Ambulatoriais e Pacotes do CTMSP para contratos e credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 4.6.2 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.

_____, de ____ de _____ de ____.

ASSINATURA