

ANEXO K – MODELO DE REQUERIMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA

MARINHA DO BRASIL

COMANDO DO 9º DISTRITO NAVAL

POLICLÍNICA NAVAL DE MANAUS

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PSA**

Ao Sr. Ordenador de Despesas da Policlínica Naval de Manaus

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do profissional),  
\_\_\_\_\_ grau de instrução (graduação, mestrado ou doutorado), \_\_\_\_\_  
(profissão), \_\_\_\_\_ (estado civil), CPF \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, inscrito no Conselho Regional de \_\_\_\_\_ no Estado de  
\_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, requeiro meu credenciamento para prestar  
serviços aos usuários do FUSMA na(s) Especialidade(s) de  
\_\_\_\_\_, declarando total concordância com as condições  
estabelecidas no Edital de Credenciamento N° \_\_\_\_\_, e em seus Anexos, inclusive com os  
valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e  
Ambulatoriais do FUSMA para o setor da Policlínica Naval de Manaus para credenciamentos.

Para efeito, anexo os documentos exigidos no item 4 do Edital de Credenciamento.

O meu endereço /consultório está localizado na rua  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, sala \_\_\_\_\_, bairro  
\_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, e-  
mail \_\_\_\_\_ e o atendimento é feito  
às \_\_\_\_\_ (dias da semana) no horário de \_\_\_\_\_.

Dados da testemunha que também contrato:  
Nome \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ e  
CPF \_\_\_\_\_.

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

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
(Local, data)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA