

## ANEXO Q- MODELO DE REQUERIMENTO DE DESCREDENCIAMENTO



MINISTÉRIO DA DEFESA  
MARINHA DO BRASIL  
COMANDO DO 9º DISTRITO NAVA  
POLICLÍNICA NAVAL DE MANAUS

<b>Razão Social:</b>	<b>CNPJ:</b>
<b>Nome Fantasia:</b>	
<b>Cooperativa:</b>	
<b>Endereço (com CEP):</b>	<b>Telefone: ( )</b>
<b>Endereço eletrônico para recebimento de informações (email):</b>	
<b>Representante Legal</b>	
<b>Nome:</b>	
<b>CPF:</b>	<b>Nº Identidade:</b>
<b>Contrato nº</b>	

O interessado, acima identificado, requer à Comissão de Credenciamento da Policlínica Naval de Manaus, o credenciamento junto ao FUSMA Do Comando do 9º distrito naval, declarando total concordância com as condições estabelecidos no Edital de Credenciamento nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025, e seus anexos.

Declaro ainda que estou plenamente ciente da obrigação em executar os compromissos assumidos até a data de recebimento deste Requerimento.

Nestes termos, requer deferimento.

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal/Carimbo)