

ANEXO III – REQUERIMENTO



MARINHA DO BRASIL

CAPITANIA FLUVIAL DO TIETÊ-PARANÁ

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO

Ao Sr. Presidente da Comissão de Credenciamento da Capitania Fluvial do Tietê-Paraná:

Eu, _____ (nome do profissional),
_____ (profissão), inscrito no Conselho Regional de _____ no Estado de
_____ sob o número _____, requero meu credenciamento para prestar serviços
aos usuários do Credenciamento de Saúde da Capitania Fluvial do Tietê-Paraná nas Especialidades de
_____ e de _____, declarando total
concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento N° 63356.000277/2020-84, e
em seus Anexos, inclusive com os valores e instruções constantes Lista Referencial de Procedimentos
Médico-hospitalares e Ambulatoriais da Capitania Fluvial do Tietê-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