



MARINHA DO BRASIL

HOSPITAL NAVAL DE NATAL

**DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS PARA
PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)**

_____,
CPF nº _____, (especialidade) _____, inscrito (a) no CR(____), sob o nº
_____, declaro, sob as penas da Lei, que não sou Servidor Civil ou Militar da ativa,
convocado ou na reserva contratado como prestador de Tarefa por Tempo Certo (TTC); conforme
previsto no Art. 9º, § 1º, da Lei nº 14.133/2021.

Natal/ RN, ____ de _____ de _____.

(Nome Completo)

(nº de identidade)

(nº CPF)

Natal, 20 de outubro de 2025.

ANA PAULA DA SILVA ROSNER
Capitão de Fragata (RM1-T)
Assessora do Serviço de Credenciamento

ASSINADO DIGITALMENTE