

**MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO 4º DISTRIRO NAVAL
CAPITANIA DOS PORTOS DO MARANHÃO
Av. Dom Pedro II, nº 02 - Centro
São Luís/MA - CEP 65.010-450**

**APÊNDICE A.III - MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
COM ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE EXTRA-MARINHA (OSE/PSA/PAA)**

(Timbre ou dados da empresa)

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Ao Sr. Capitão dos Portos

A Empresa (ou Associação, Instituição, etc.) _____ **(razão social)** _____, estabelecida à Rua _____, nº _____, **(complemento)** _____, **(bairro)** _____, CEP _____, na cidade _____, Estado do Maranhão, **(telefones)** _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, na condição de Organização de Saúde Extra-Marinha/ Profissional de Serviço Autônomo, inscrita no **(Órgão ou Conselho Fiscalizador)** _____ sob o nº _____, vem requerer seu credenciamento para prestar serviços aos usuários do SSM/FUSMA, na(s) especialidade(s) ou no(s) serviço(s) de **(resumir a especialidade da OSE/PSA)** _____.

Disponibilizamos os seguintes meios para prestar quaisquer esclarecimentos relativos a esta proposta, bem como para agendamento da vistoria técnica: telefone (98) ____-____ - (nome do contato, função).

Segue em anexo os documentos especificados no Edital de Credenciamento nº 01/2016, com o qual esta empresa (ou Associação, Instituição, etc.) declara estar de pleno acordo em todas as suas cláusulas e condições.

Designa-se o Sr(a) **(nome do representante), (nº documento de identidade), (nº do CPF)**, como representante legal constando também em anexo a credencial que o autoriza a participar deste procedimento administrativo.

São Luís, MA ____ de _____ de 2019.

(Nome do Representante Legal)
(nº cédula de identidade)
(nº CPF)