

**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-V - MODELO DE FICHA CADASTRO PARA CREDENCIAMENTO –  
PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA/PAA)**

**(Timbre ou dados da empresa)**

**FICHA CADASTRO PARA PSA/PAA**

<b>Nome do Profissional:</b>	XXXXXX XXXXXXX XXXXX				
<b>Especialidades:</b>	XXXXXX e XXXXXXXXX				
<b>CPF:</b>	999.999.999-99				
<b>Endereço do consultório:</b>	(Ex: Av. XXXXXXXXXXX, nº xxx, Bairro, São Luís-MA, CEP 99999-999)				
<b>Telefone geral:</b>	(Ex: (xx) 9999-9999 – para contato pelos pacientes)				
<b>FAX geral:</b>	(Ex: (xx) 8888-8888)				
<b>E-mail geral:</b>	(Ex: xxxxxxxxxxx@xxxxxxxx.com.br)				
<b>Domicílio banc. pag:</b>	(Ex: Conta: 9999 - Agência: 99999-9 - Banco: Banco do Brasil)				
<b>Contatos</b>					
	<b>Atividade</b>	<b>Responsável</b>	<b>Telefone</b>	<b>FAX</b>	<b>e-mail</b>
	<b>Contato com o PSA</b>	PSA	(xx) 9999-9999	(xx) 9999-9999	xx@xx.com.br
	<b>Encarregado faturas</b>	Nome do encarregado	(xx) 9999-9999	(xx) 9999-9999	xy@xx.com.br
	<b>Solicitar Recibo</b>	XXXXXX	(xx) 9999-9999	(xx) 9999-9999	xw@xx.com.br
	<b>Secretária(o)</b>	XXXXXX	(xx) 9999-9999	(xx) 9999-9999	xw@xx.com.br

<b>Locais de atendimento aos usuários</b>		
<b>Serviços</b>	<b>Local</b>	<b>Horário de atendimento</b>
<b>Consultas</b>	Rua XXXXXX XXXXX, nº 999, pavilhão 1, Bairro, São Luís-MA, CEP 77777-777, Telefone: (84) 6666-6666	Das xx:xx hs às xx:xx hs
<b>Procedimentos cirurg..</b>	Hospital xxxxxx, Hospital xxxxxxxx	Agendar pelo consultório
...	...	...

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