



MARINHA DO BRASIL

HOSPITAL NAVAL DE NATAL

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)

Sr.(a) Presidente da Comissão Especial de Credenciamento do HOSPITAL NAVAL DE NATAL,
Eu, _____ (nome do profissional), _____ (profissão), inscrita (o) no Conselho Regional de _____ no Estado de _____ sob o número _____, Identidade nº _____, CPF nº _____, requeiro meu credenciamento para prestar serviços aos usuários do SSM/FUSMA na especialidade de _____ declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2025, e em seus anexos, para contratos de credenciamentos.

O meu consultório está localizado à _____
_____, sala _____, bairro _____ CEP: _____,
telefone (s) _____ e o atendimento é realizado
às _____ as _____ (dias da semana), no horário de _____.

Declaro que me comprometo a acatar as normas, instruções e tabelas vigentes expressas nos documentos acima citados, e acrescento as seguintes informações:

1) Relação de Serviços:

2) Faixa etária de atendimento:

- | | |
|--------------------------------------------|------------------------------|
| a) Criança de _____ anos a _____ anos. | () não atende/não se aplica |
| b) Adolescente de _____ anos a _____ anos. | () não atende/não se aplica |
| c) Adulto de _____ anos a _____ anos. | () não atende/não se aplica |
| d) Idoso de _____ anos a _____ anos. | () não atende/não se aplica |

3) Relação de Equipamentos Técnicos:		
4) Dados Bancários:		
Banco:	Agência:	Conta-Corrente:
5) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail):		

6) As documentações inerentes à habilitação encontram-se anexadas rigorosamente na seguinte ordem:

1. HABILITAÇÃO JURÍDICA	
2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA	
3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	
4. DECLARAÇÕES	

Natal, em ____/____/____

(Nome completo por extenso)

(Assinatura)

(Nº do CPF)

Natal, 20 de outubro de 2025.

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

ASSINADO DIGITALMENTE