**ANEXO II – MODELO DE REQUERIMENTO PARA PESSOAS FÍSICAS**

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA** |
|   |
| NOME |
|   |   |
| CPF | IDENTIDADE (C/ÓRGÃO EXPEDIDOR) |
|   |   |
| NOME DA MÃE | DATA DE NASCIMENTO: |
|   |   |
| NÚMERO DO NIT/PIS/PASEP | Nº CRM |
|   |
| ENDEREÇO COMERCIAL |
|   |   |
| CEP | Bairro |
|   |   |
| UF | Cidade |
|   |   |
| TELEFONE (C/ COD. ÁREA) | CELULAR (C/ COD. ÁREA) |
|   |
| E-MAIL |
|   |   |   |
| BANCO (NOME E NÚMERO) | C/C (N. C/DÍGITO) | AGÊNCIA (N. C/DÍGITO) |
|   |
| INDICAÇÃO DA(S) ESPECIALIDADE(S) MÉDICA(S) A QUE SE CREDENCIA |
| **DECLARO EXPRESSAMENTE QUE:**a) Não possuo cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o 3º grau, de ocupantes de cargo de direção e assessoramento ou de juízes vinculados à Justiça Federal – Seção Judiciária do Estado do Acre, nos termos do art. 3º da Resolução n. 07/2005, do Conselho Nacional de Justiça e, ainda, que não tem entre meus empregados pessoas que incidam na vedação dos artigos 1º e 2º da Resolução/CNJ n. 156, de 8 de agosto de 2012.b) cumpro o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.c) Juntamente com este requerimento estou apresentando toda a documentação exigida no subitem 8.2 do termo de referência. |

Declaro que cumpro e acato as normas estabelecidas no  edital  de Credenciamento n. 01/2021, que estou plenamente ciente do teor e  da  extensão  deste documento, que me responsabilizo em atualizar as informações e os documentos necessários a prestação dos serviços, bem como que cumpro os requisitos  de habilitação, conforme documentos apresentados em anexo.

Nestes termos, requer deferimento.

Rio Branco/Ac, .......de ................... de ...........

Assinatura e indicação do nome do Médico

CRM Nº