

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO A SER EMITIDO PELO  
PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO**

À Comissão Especial de Credenciamento e Descredenciamento da respectiva habilitação para contratação.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do profissional),  
\_\_\_\_\_ (profissão), inscrito no Conselho Regional de \_\_\_\_\_ no Estado de \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, requeiro meu credenciamento para prestar serviço de Atenção Especializada em Habilitação/Reabilitação \_\_\_\_\_ (citar o tipo, exemplo: Física, Intelectual, Auditiva, Visual, TEA, Múltiplas Deficiências), na especialidade de \_\_\_\_\_, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 01/2024, do CeIMSPA e em seus anexos, em regime(s): \_\_\_\_\_ (ambulatorial, externatos, domiciliar e teleatendimento). Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

1) Relação de Serviços:

2) Relação de Equipamentos Técnicos:

3) Dias e Horários de Atendimento:

4) Endereço do consultório:

5) Dados Bancários:

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

6) Endereço eletrônico para recebimento de informações (e-mail):

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

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>1. HABILITAÇÃO JURÍDICA</b> |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |

  

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>2. REGULARIDADE FISCAL</b> |  |
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |

  

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| <b>3. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA</b> |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |

  

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA</b> |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |
|                                |  |

  

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| <b>5. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA</b> |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |
|                                             |  |

Local, UF, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)