



ANEXO II-A
MODELO DE REQUERIMENTO
Pessoa Física

Ilmo. Senhor Secretário Municipal de Administração

Referência: **Credenciamento n. _____/_____**

No caso de Pessoa Física:

NOME DO INTERESSADO, nacionalidade, estado civil, documento de identidade, CPF, residente e domiciliado (endereço completo, inclusive telefone e fax) venho REQUERER o meu CREDENCIAMENTO como (categoria profissional) inscrito(a) no Conselho de (Órgão de Classe) sob nº. (nº. inscrição no órgão de classe) para atendimento da Assistência Médica Hospitalar dos Servidores Públicos Municipais de Passos/MG.

Declaro, sob as penalidades da lei, preencher, nesta data, todas as condições exigidas no Edital de CREDENCIAMENTO nº. ____/____ e, especialmente, que nunca sofri qualquer penalidade no exercício ou em virtude do exercício profissional.

Apresento documento, declaro expressamente minha concordância com todas as condições apresentadas no Edital e ciência, especialmente, de que meu pedido de Credenciamento poderá ser indeferido ou deferido, segundo a avaliação da Comissão de Credenciamento.

As intimações e comunicações decorrentes deste requerimento poderão ser feitas no endereço infraindicado pessoalmente, por carta ou outro meio idôneo.

Termos em que, pede deferimento.

Passos, (MG) de ____ de ____.

Assinatura

(Nome completo)