



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

ANEXO II - MODELO DE REQUERIMENTO

NOME:

CPF/CNPJ:

IDENTIDADE (C/ÓRGÃO EXPEDIDOR):

DATA DE NASCIMENTO:

Nº CRM:

NÚMERO DO NIT/PIS/PASEP:

ENDEREÇO COMERCIAL:

CEP:

BAIRRO: CIDADE/UF:

CELULAR:

TELEFONE:

E-MAIL:

Não mantenho qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função no processo de contratação, ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau.

Declaro, ainda, estar ciente das sanções legais aplicáveis na hipótese de constatação de inveracidade das informações ora prestadas.

Apresento para meu cadastro todos os documentos elencados no termo de referência, bem como os itens do edital para cadastramento de perito médico Neurocirurgião.

Estou ciente de que a efetivação de meu cadastro depende da confirmação dos documentos entregues a esse Conselho Regional de Medicina.

(Localidade), (Dia) de (Mês) de (Ano).

Assinatura