ANEXO IV - ATO DE CONCESSÃO INDIVIDUALIZADO PARA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO REFERENTE ÀS ATIVIDADES DE PERÍCIA MÉDICA

Aos ordenadores de despesas:

NOME:

RG: **UF** **| CPF:**

Nº PIS:

DATA DE NASCIMENTO: **LOCAL:**

ENDEREÇO COMPLETO:

NOME COMPLETO DA MÃE:

DADOS BANCÁRIOS (Agência com dígito):

( ) ANEXO CÓPIA DO RG OU DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

( ) ANEXO DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

( ) ANEXO DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

(x) Colaborador eventual

Objetivo da atividade

Realizar perícia com _____ (nome do periciado), conforme nomeação do Processo Administrativo n.º ____, com apresentação do Laudo pericial.

Conceder:

Honorário conforme categoria 8C da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM. Resolução CRM-PR nº 247/2025.

Curitiba, (Dia) de (Mês) de (Ano).

(Assinatura do Requerente)

DEPROSIN

Ato realizado conforme protocolo n.º _____.

_____

Carimbo e assinatura

PAGAMENTO AUTORIZADO

Cons.º Presidente:

Cons.º Tesoureiro

Curitiba, __/__/___.