



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 I

FICHA DE INSCRIÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 91/2026 - CADASTRO PRÉVIO PARA RELAÇÃO DE SORTEIO DA SUBCOMISSÃO TÉCNICA - CONCORRÊNCIA Nº 001/2026

1. DADOS DO INTERESSADO

Nome completo			
Nacionalidade		Estado civil	
Profissão			
Formação acadêmica			
Área de atuação/ experiência profissional			
Órgão ou entidade em que atua			
Cargo/função			
CPF		RG	
Endereço			
Telefone		E-mail	

2. DOCUMENTOS APRESENTADOS

() Documento oficial de identificação com foto.

() CPF, caso não conste no documento oficial de identificação.

() Comprovação de formação nas áreas de Comunicação, Publicidade, Marketing ou afins.

() Comprovação de experiência profissional nas áreas de Comunicação, Publicidade, Marketing ou afins.

() Outros documentos:



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

3. DECLARAÇÕES

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, declaro, para fins de inscrição no Chamamento Público nº 91/2026, que:

- a. tenho ciência de que a inscrição não assegura o direito de integrar a Subcomissão Técnica, dependendo eventual participação de sorteio em sessão pública;*
- b. tenho ciência de que, caso sorteado(a), deverei firmar Termo de Responsabilidade antes do início dos trabalhos;*
- c. comunicarei imediatamente à Comissão de Contratação qualquer fato superveniente que possa caracterizar impedimento, suspeição, conflito de interesses ou impossibilidade de atuação;*
- d. as informações prestadas nesta ficha são verdadeiras, sob as penas da lei.*

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

[Local], [data].

[Assinatura]