

ANEXO VII

MEMORANDO-CIRCULAR CONJUNTO Nº /DIRBEN/DIRSAT/DIRAT/ DIROFL/DRH/PFE

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

NOME

NACIONALIDADE	NATURALIDADE	DATA NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA	TELEFONES

ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO/CLÍNICA PARTICULAR	TELEFONES

Nº DE INSCRIÇÃO NO INSS/NIT/PIS/PASEP/CICI		CPF	CRM

ESPECIALIDADE MÉDICA	BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE

OPÇÃO DE VINCULAÇÃO		
UF	GERÊNCIA	APS

	SIM	NÃO
É CÔNJUGE, COMPANHEIRO OU PARENTE EM LINHA RETA, COLATERAL OU POR AFINIDADE, ATÉ O TERCEIRO GRAU, INCLUSIVE, DA AUTORIDADE CREDENCIANTE OU DE SERVIDOR DO INSS INVESTIDO EM CARGO DE DIREÇÃO, CHEFIA OU ASSESSORAMENTO?		
ESTÁ NO EXERCÍCIO DE MANDATO LEGISLATIVO/EXECUTIVO?		
ESTÁ REGISTRADO, OFICIALMENTE, PARA CANDIDATURA DE CARGO ELETIVO?		
POSSUI OUTROS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS?		
QUAIS E EM QUE DIAS/HORÁRIOS?		

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, QUE CONCORDO COM O VALOR DO HONORÁRIO DE PERÍCIA MÉDICA ESTABELECIDO NO EDITAL E ACATO AS NORMAS MÉDICO-PERICIAIS DO INSS.	
Local e data	Carimbo e assinatura