

ANEXO II
MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO MÉDICO PERITO				
Nome				
Nacionalidade	Naturalidade	Nascimento	Estado Civil	Sexo
Endereço residencial		Telefone		
Endereço consultório/Clínica particular		Telefone		
Inscrição no INSS/NIT/PIS/PASEP/CICI		CPF	CRM	
Especialidade Médica	Banco	Agência	Conta	
Questionário			SIM	NÃO
É cônjuge, companheiro(a), ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de integrante ativo ou inativo do ILHABELA PREV?				
Está no exercício de mandato legislativo/executivo?				
Já foi condenado por crime contra a incolumidade pública, o patrimônio, a administração, a fé pública e os costumes, assim tipificados no Código Penal Brasileiro e/ou legislação extravagante?				
Já foi condenado em processo administrativo disciplinar à pena de demissão?				
Já foi suspenso do exercício profissional ou cumpriu qualquer espécie de penalidade disciplinar junto ao Conselho Regional ou Federal de Medicina?				
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 ILHABELA PREV.				
Local e data		Carimbo e assinatura		

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO LEGAL PARA LICITAR OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

(Identificação do proponente), endereço (completo), inscrito(a) no (CPF/CNPJ) sob n.º..... e no CRM sob n.º, DECLARA, sob as penas da Lei, e para fins de participação no processo de inexigibilidade em pauta, que inexistente qualquer fato impeditivo à sua participação no procedimento citado, que não foi declarado(a) inidôneo(a) e não está impedido(a) de contratar com o Poder Público de qualquer esfera, ou suspenso(a) de contratar com a Administração, bem como que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade assina a presente.

Local e data.

Assinatura do Profissional

Nº do documento de identidade

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

(Identificação do proponente), endereço (completo), inscrito(a) no CPF sob n.º
....., registrado no CRM sob n.º
....., declaro estar ciente e de acordo
que o credenciamento, na forma estabelecida, não gera vínculo empregatício com o
Regime Próprio de Previdência Social do Município de Ilhabela - ILHABELA PREV.
Local e data.

Assinatura do Profissional

Nº do documento de identidade