**MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA**

**Nome**

**CPF RG SSP**

**PASEP CRM**

**Data de Nascimento Sexo**

**Endereço Residencial**

**Telefone Celular**

**E-mail**

**Endereço do Consultório (se houver) Telefone comercial**

**Banco Agência nº Conta Corrente**

**Sinalize com “ X “ no dia e horário em que possui disponibilidade**

|  |
| --- |
| DISPONIBILIDADE |
| DIAS | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA |
| HORÁRIO | 09:00-10:00 |  |  |  |  |  |
| 10:00-11:00 |  |  |  |  |  |
| 11:00-12:00 |  |  |  |  |  |
| 12:00-13:00 |  |  |  |  |  |
| 13:00-14:00 |  |  |  |  |  |
| 14:00-15:00 |  |  |  |  |  |
| 15:00-16:00 |  |  |  |  |  |

**Observação: A composição de junta médica para realização de perícias para aposentadoria por invalidez será realizada sempre às sextas-feiras, conforme indicação do item 5.1 do Termo de Referência (anexo I).**

(Assinatura do Requerente)