

ANEXO III-A

REQUERIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL MÉDICO - PESSOA FÍSICA

OBJETO: Prestação de serviços de plantão médico presencial de 06 ou 12 ou 24 horas visando assegurar a assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, no Serviço de Hematologia do Estado de Sergipe, sediado no Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE.

DADOS PESSOAIS:

Nome completo:

CPF nº:

Data de Nascimento:/...../.....

Carteira de Identidade nº: Órgão Emissor:

Estado civil:

Nacionalidade:

Endereço Residencial: (completo):

.....

Município: CEP:

Telefone Residencial (). Celular: ()

E-mail:

Nº registro no CRM:

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: Código do Banco: Agência:

Conta Corrente:

Obs.: Colocar dígito verificador da Agência (se houver) e da Conta Corrente. Não serão aceitas contas salário, conjunta e/ou poupança. A conta deverá ser em nome de pessoa física.

CATEGORIAS PARA INSCRIÇÃO:

() 1 - MÉDICO HEMATOLOGISTA COM CADASTRO REGULAR NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM)

Pelo presente instrumento, eu _____, venho solicitar o credenciamento na categoria acima selecionada, nos termos do Anexo III-A do **Edital do Credenciamento - Chamamento Público nº 01/2024** da SES-SE para prestação de serviços de plantão médico presencial de 06 ou 12 ou 24 horas no Serviço de Hematologia do Estado de Sergipe, sediado no Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE.

Obs.: O preenchimento de todos os campos é obrigatório, devendo ser apresentada toda a documentação comprobatória.

Assinatura do Profissional (com carimbo)

ANEXO III-B

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAL MÉDICO - PESSOA JURÍDICA COM TIPO SOCIETÁRIO DE SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL

DADOS DA PESSOA JURÍDICA E DE SEU SÓCIO ÚNICO:

Razão Social:
CNPJ nº:
Nome completo do Sócio Único:
Data de Nascimento:/...../.....
Carteira de Identidade nº: Órgão Emissor:
Estado civil:
Nacionalidade:
CPF nº:
Endereço Comercial (completo):
.....
Município: CEP:
Telefone Comercial () Celular: ()
E-mail:
Nº registro no CRM:

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: Código do Banco: Agência:
Conta Corrente:

Obs.: Colocar dígito verificador da Agência (se houver) e da Conta Corrente. Não serão aceitas contas salário, conjunta e/ou poupança. A conta deverá ser em nome de pessoa jurídica.

CATEGORIAS PARA INSCRIÇÃO:

() 1 - MÉDICO HEMATOLOGISTA COM CADASTRO REGULAR NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM)

Pelo presente instrumento, eu _____, venho solicitar o credenciamento na categoria acima selecionada, nos termos do Anexo III-A do **Edital do Credenciamento - Chamamento Público nº 01/2024** da SES-SE para prestação de serviços de plantão médico presencial de 06 ou 12 ou 24 horas no Serviço de Hematologia do Estado de Sergipe, sediado no Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE.

Obs.: O preenchimento de todos os campos é obrigatório, devendo ser apresentada toda a documentação comprobatória.

Assinatura do Profissional (com carimbo)