

## ANEXO I FORMULÁRIO DE CREDENCIAMENTO – 2025

Ilustríssimo (a) Senhor (a) membro da Comissão

Eu, \_\_\_\_\_  
 RG \_\_\_\_\_, Órgão Exp. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
 CRM \_\_\_\_\_ nascido(a) em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_,  
 nacionalidade \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
 Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_,  
 Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_, venho por meio deste

solicitar o credenciamento na condição de médico para prestação de serviços periciais criminais, visando a realização de exames de lesão corporal, exceto os oriundos de seguro DPVAT, exames para constatação de violência sexual, conforme Lei Estadual nº 8321/2005 e Termo de Referência nº 025/2022.

Município que prestará serviços							
Município	<input type="checkbox"/>	Município	<input type="checkbox"/>	Município	<input type="checkbox"/>	Município	<input type="checkbox"/>
Aripuanã	<input type="checkbox"/>	Colíder	<input type="checkbox"/>	Mirassol D'Oeste	<input type="checkbox"/>	São José do Rio Claro	<input type="checkbox"/>
Barra do Bugres	<input type="checkbox"/>	Colniza	<input type="checkbox"/>	Paranatinga	<input type="checkbox"/>	Vila Rica	<input type="checkbox"/>
Brasnorte	<input type="checkbox"/>	Comodoro	<input type="checkbox"/>	Querência	<input type="checkbox"/>		
Campo Verde	<input type="checkbox"/>	Cotriguaçu	<input type="checkbox"/>	Sapezal	<input type="checkbox"/>		
Canarana	<input type="checkbox"/>	Guiratinga	<input type="checkbox"/>	São Felix do Araguaia	<input type="checkbox"/>		

Endereço do Local para prestação de serviços:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Documentos Apresentados:	<input type="checkbox"/>
Carteira de Identidade Profissional em fotocópia autenticada	<input type="checkbox"/>
Certidão de registro e comprovação de regularidade perante o CRM/MT	<input type="checkbox"/>
Diploma de graduação em Medicina em fotocópia autenticada	<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae	<input type="checkbox"/>
Certificado de conclusão de residência médica, reconhecido pelo CRM, se houver.	<input type="checkbox"/>
Comprovação de cadastro junto ao INSS	<input type="checkbox"/>
Certidão conjunta negativa de débitos, ou positiva com efeitos de negativa, relativa a tributos federais e dívida ativa da União	<input type="checkbox"/>
Certidão Negativa Cíveis e Criminais expedidas pelas expedidas Justiças Federal, Estadual e Eleitoral correspondente à circunscrição em que o médico tiver seu domicílio, relativos ao último quinquênio	<input type="checkbox"/>
Prova de regularidade com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal, mediante a apresentação de Certidão de Quitação de Tributos e a Certidão quanto a Dívida Ativa ou outras equivalentes	<input type="checkbox"/>

*Declaro para os devidos fins que entreguei os documentos acima listados.*

Local: \_\_\_\_\_, data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ass. do candidato**

