

ANEXO VI/A

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 09/2025
INEXIGIBILIDADE Nº 04/2025
CREDENCIAMENTO Nº 03/2025**

FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO – PESSOA FÍSICA

Nome:	
Conselho de Classe/Nº do Registro:	
Data de Nascimento:	
CPF:	RG:
Órgão Expedidor:	Estado Civil:
Nacionalidade:	
Endereço Residencial:	
Cidade:	CEP:
E-mail:	Telefones:

Solicito credenciamento junto ao Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Médio Espinhaço - CISAME, para o(s) seguinte(s) serviço(s)

na especialidade de oftalmologia.

Banco/Código:	Agência:
Conta Corrente:	
PIX:	

Conceição do Mato Dentro, ____ de _____ de 202____.

.....
Assinatura do interessado