PREFEITURA MUNICIPAL DE TAIOBEIRAS

REQUERIMENTO DE LIBERAÇÃO ADMINISTRATIVA DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS

IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇOS MÉDICOS	
EMPRESA	
NOME	
VÍNCULO	Prestador de Serviços Médicos
SECRETARIA	Municipal de Saúde (SESA)
UAPS	

REQUERIMENTO

Venho requerer a liberação administrativa, conforme previsto no **Edital de Credenciamento 002/2024** e no seu **Termo de Referência**. Estou ciente que apenas poderei utilizar os dias que requeri após autorização da Gerência de Atenção Primária à Saúde.

Modalidade: ☐ Dias corridos OU ☐ Dias úteis;

Período de _____/_____/_____ a _____/_____/_____;

No período solicitado tenho plantões dia no Pronto Socorro: ☐ Sim OU ☐ Não;

Datas dos plantões: _____/_____/_____ e _____/_____/_____.

Pede e Espera Deferimento

Taiobeiras, ___ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Médico Prestador de Serviço

_____

Assinatura Coordenador da Equipe

Manifestação da Gerência de Atenção Primária à Saúde:		
Total de dias utilizados:	Saldo de dias a utilizar no semestre:	
☐ Deferido	Local e data	Carimbo e Assinatura

☐ Indeferido	Taiobeiras (MG), em _____/_____/_____	