

## **COMUNICAÇÃO DE DESCREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA**

O profissional abaixo identificado comunica seu DESCREDENCIAMENTO do Plano TRTer Saúde, a partir da data de assinatura deste documento.

O profissional declara estar ciente das regras relativas ao credenciamento, dispostas no item 21 do Edital de Credenciamento para Área de Saúde 01/2020.

| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b> |      |
|--------------------------------------|------|
| Nome completo:                       | CPF: |

| <b>MOTIVO DO DESCREDENCIAMENTO</b>       |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do profissional)