

Anexo I

CARTA PROPOSTA – PESSOA JURÍDICA

DADOS DA PESSOA JURÍDICA			
Razão Social:			
Nome Fantasia:			
CNPJ:		E-mail:	
Especialidade(s) na(s) qual(is) deseja se credenciar			
Fisioterapia			
<input type="checkbox"/> Reeducação Postural Global (RPG) <input type="checkbox"/> Pilates			
Psicologia			
<input type="checkbox"/> Clínica Individual <input type="checkbox"/> Clínica de Casal <input type="checkbox"/> Clínica de Família <input type="checkbox"/> Exame Neuropsicológico			
Medicina			
<input type="checkbox"/> Perícia em Ortopedia			
Odontologia			
<input type="checkbox"/> Clínica Geral Odontológica <input type="checkbox"/> Cirurgia Bucomaxilofacial <input type="checkbox"/> Dentística Restauradora			
<input type="checkbox"/> DTM e Dor Orofacial <input type="checkbox"/> Endodontia <input type="checkbox"/> Estomatologia <input type="checkbox"/> Periodontia <input type="checkbox"/> Prótese Dentária			
<input type="checkbox"/> Radiologia Odontológica <input type="checkbox"/> Urgência odontológica 24 horas			
Endereço Comercial			
<i>(se for o caso, informar outros endereços de atendimento na página 2)</i>			
Rua/Av.:		Nº:	Bairro:
Cidade:		UF:	CEP:
Telefone(s):			
Dados bancários			
Nome do banco:		Nº:	Agência:
		Conta corrente:	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL			
Nome:			
Nome social (se for o caso):			
CPF:		Telefone(s):	
Declaro concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento 01/2020, no Regulamento do Plano de Assistência à Saúde e no Termo de Credenciamento, inclusive com os valores constantes na tabela em vigor.			
Venho requerer à Comissão Especial de Credenciamento do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região o credenciamento de Pessoa Jurídica no Plano de Assistência à Saúde, de acordo com os termos supracitados.			
Data:		Assinatura do Representante Legal:	

DEMAIS ENDEREÇOS PARA ATENDIMENTO (se for o caso)

2° Endereço Comercial		
Rua/Av.:	N°:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
3° Endereço Comercial		
Rua/Av.:	N°:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
4° Endereço Comercial		
Rua/Av.:	N°:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
5° Endereço Comercial		
Rua/Av.:	N°:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
6° Endereço Comercial		
Rua/Av.:	N°:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
7° Endereço Comercial		
Rua/Av.:	N°:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
8° Endereço Comercial		
Rua/Av.:	N°:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		