

Anexo II

CARTA PROPOSTA – PESSOA FÍSICA

DADOS DO PROFISSIONAL

Nome:

Nome social (se for o caso):

Data de Nascimento:

Sexo:

CPF:

PIS ou PASEP ou INSS:

Conselho Regional (sigla/nº):

E-mail:

Telefone(s):

Especialidade(s) na(s) qual(is) deseja se credenciar

Fisioterapia

Reeducação Postural Global (RPG) Pilates

Psicologia

Clínica Individual Clínica de Casal Clínica de Família Exame Neuropsicológico

Medicina

Perícia em Ortopedia

Odontologia

Clínica Geral Odontológica Cirurgia Bucomaxilofacial Dentística Restauradora
 DTM e Dor Orofacial Endodontia Estomatologia
 Periodontia Prótese Dentária Radiologia Odontológica

Endereço Comercial

(se for o caso, informar outros endereços de atendimento na página 2)

Rua/Av.:

Nº:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone(s):

Dados bancários

Nome do banco:

Nº:

Agência:

Conta corrente:

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 meu credenciamento, sob condição de Pessoa Física, no Plano de Assistência à Saúde, de acordo com os termos supracitados.

Data:

Assinatura do proponente:

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):		