

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			
<input type="checkbox"/> Reeducação Postural Global (RPG) <input type="checkbox"/> Pilates			
Psicologia			
<input type="checkbox"/> Psicoterapia Individual <input type="checkbox"/> Psicoterapia de Adolescentes <input type="checkbox"/> Psicoterapia de Casal			
<input type="checkbox"/> Psicoterapia 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"/> Implantodontia <input type="checkbox"/> Odontopediatria			
<input type="checkbox"/> Periodontia <input type="checkbox"/> Prótese Dentária <input type="checkbox"/> Radiologia Odontológica <input type="checkbox"/> Urgência odontológica 24 horas			
Modalidade de atendimento (opcional): <input type="checkbox"/> Odontologia domiciliar <input type="checkbox"/> Odontologia hospitalar			
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):		