

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 ☐ Urgência odontológica 24 horas ☐ Implantodontia ☐ Odontopediatria

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)

2º Endereço Comercial		
Rua/Av.:	Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
3º Endereço Comercial		
Rua/Av.:	Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
4º Endereço Comercial		
Rua/Av.:	Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
5º Endereço Comercial		
Rua/Av.:	Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
6º Endereço Comercial		
Rua/Av.:	Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
7º Endereço Comercial		
Rua/Av.:	Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		
8º Endereço Comercial		
Rua/Av.:	Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):		