

## Anexo I

### **CARTA PROPOSTA – CLÍNICAS DE VACINAÇÃO**

#### **DADOS DA PESSOA JURÍDICA**

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

E-mail:

#### **ESPECIALIDADE DO CREDENCIAMENTO**

Serviços de Vacinação

#### **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:

#### **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

Nome:

Nome social *(se for o caso)*:

CPF:

Telefone(s):

Declaro concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento 01/2022, 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):		