**ANEXO II**

**SOLICITAÇÃO DE CREDECIAMENTO**

**1 – DADOS DA EMPRESA**

|  |
| --- |
| **NOME/RAZÃO SOCIAL** (Razão social completa, conforme contrato social) |
|       |
| **NOME FANTASIA** (Nome fantasia da empresa) |
|       |
| **ENDEREÇO** (Endereço completo da pessoa jurídica) |
|       |
| **CEP** (Da pessoa jurídica) | **TELEFONE** (Da pessoa jurídica) | **CIDADE/UF** (Da pessoa jurídica) |
|       |       |       |
| **N° CNPJ** (Da pessoa jurídica) |
|       |
| **OBJETO DO CONTRATO SOCIAL DA EMPRESA** (Da pessoa jurídica) |
|       |
| **RESPONSÁVEL LEGAL** (Nome do responsável legal) |
|       |
| **CPF** (Do responsável legal) | **IDENTIDADE** (Do responsável legal) |
|       |       |
| **PROFISSÃO** (Do responsável legal) | **REG. NO CONSELHO DE CLASSE** (Do responsável legal) |
|       |       |
| **NACIONALIDADE** (Do responsável legal) | **ESTADO CIVIL** (Do responsável legal) |
|       |       |
| **E-MAIL** (Do responsável legal) | **TELEFONE** (Do responsável legal) |
|       |       |

**ANEXO II**

**SOLICITAÇÃO DE CREDECIAMENTO**

**2 – RELAÇÃO DO CORPO TÉCNICO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORD** | **NOME DO PROFISSIONAL QUALIFICADO E HABILITADO** | **N° CPF** | **REGISTRO PROFISSIONAL/TIPO**(Comprovar com cópias) | **SERVIÇO / PROCEDIMENTO** |
| 01 |       |       |       |       |
| 02 |       |       |       |       |
| 03 |       |       |       |       |
| 04 |       |       |       |       |
| 05 |       |       |       |       |
| 06 |       |       |       |       |
| 07 |       |       |       |       |
| 08 |       |       |       |       |
| 09 |       |       |       |       |
| 10 |       |       |       |       |

**Obs.:** Para cada profissional registrado, anexar Certidão de Regularidade Profissional junto ao conselho de classe com o devido registro da especialidade e cópia da carteira profissional.

**ANEXO II**

**SOLICITAÇÃO DE CREDECIAMENTO**

**3 – SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS**

|  |
| --- |
| ***SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS*** |
|       | Realização de Atendimento com Psicólogo  |
|       | Realização de Atendimento com Nutricionista |
|       | Realização de Atendimento com Fisioterapeuta e Procedimentos de Fisioterapia |

Declaro serem verdadeiras as informações que constam neste documento.

     ,      ,       de       de      .

(Ano)

(Mês)

(Dia)

(Cidade)

(Estado)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável Legal

(Assinatura e carimbo, quando houver)

Nome do Responsável Legal:

CPF n°:

Empresa:

CNPJ n°: