

**FORMULÁRIO DE CREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA**

Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente e sem rasuras.

DADOS PESSOAIS (*CNES: cadastro nacional estabelecimento de saúde)

Razão Social\Nome:			CPF:
RG:	Órgão Expedidor:	Data Nascimento:	Inscrição Municipal ISS:
Inscrição INSS:	CNES:	Email:	

ENDEREÇO

Cidade:	Estado:		
Logradouro:			
Bairro:			Número:
Complemento:			
Telefone 1:	Telefone 2:		Fax:
Recebe Correspondência:			() Sim () Não
Faz Procedimentos Médicos Nesse Endereço			() Sim () Não
Faz Consultas Nesse endereço			() Sim () Não

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco:	
Agência:	Conta Corrente:

DADOS ADICIONAIS (*RQE: Registro de Qualificação de Especialista)

Nome do Conselho:	Número do Conselho:	
Especialidade 1:	RQE:	
Especialidade 2:	RQE:	
Área de Atuação Principal: 1 () ou 2()	RQE:	

Data Entrega: ____/____/____ Assinatura: _____

-----destacar aqui-----

PROTOCOLO DE PRÉ CREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA

Data do Recebimento: ____/____/____
Responsável Pelo Recebimento: _____