REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

**Plano de Saúde**

Eu, Clique aqui para digitar texto., profissional:Clique aqui para digitar texto., inscrito (a) no Conselho Regional: Clique aqui para digitar texto. nº Clique aqui para digitar texto., brasileiro (a), natural de Clique aqui para digitar texto., nascido (a) em Clique aqui para digitar texto., formado (a) em (data) Clique aqui para digitar texto., pela Universidade Clique aqui para digitar texto. residente a Clique aqui para digitar texto., bairro Clique aqui para digitar texto., CEP Clique aqui para digitar texto. CPF: Clique aqui para digitar texto. Carteira Profissional/Conselho: Clique aqui para digitar texto. especialista na área: Clique aqui para digitar texto., venho através do presente requerer, considerando o interesse em atuar como credenciado do plano de saúde Clique aqui para digitar texto. e convênio ABEPOM, o encaminhamento da presente solicitação a devida operadora, para apreciação. Apresentando nesta data os seguintes documentos:

* Curriculum
* Cópia cédula de identidade
* Cópia CPF
* CópiaDiploma de Graduação / Pós Graduação / Especializações
* Cópia Carteira Conselho Regional
* Cópia diploma da especialidade registrado em Conselho (RQE)
* Quitação de anuidade e negativa de processo disciplinar junto ao Conselho

Estou ciente

1. Que o requerimento será encaminhado a operadora do plano de saúde Clique aqui para digitar texto. para analise, sendo esta a responsável pelo deferimento/indeferimento do presente pedido;
2. A exigência de experiência mínima pela operadora do plano de saúde Clique aqui para digitar texto. é de 02 anos de atuação na área;
3. Em caso de deferimento do presente pedido, o requerente fica CREDENCIADO no plano de saúde para atendimento no corpo clinico desta CLINIPOM;

Dados Bancários para recebimento do repasse:

Banco: Clique aqui para digitar texto. Ag:Clique aqui para digitar texto. C/C:Clique aqui para digitar texto.

Obs.:Em caso de pessoa jurídica, o repasse poderá ser realizado diretamente ao prestador pelo plano de saúde, devendo o CREDENCIADO efetuar o cadastro da conta corrente diretamente na operadora.

Local/Data: Clique aqui para digitar texto.

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

Assinatura Requerente