**ANEXO II**

**MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA**

**Nome**

**CPF RG SSP**

**PASEP CRM**

**Data de Nascimento Sexo**

**Endereço Residencial**

**Telefone Celular**

**E-mail**

**Endereço do Consultório (se houver)**

**Telefone comercial**

**Banco Agência nº Conta Corrente**

|  |
| --- |
| DISPONIBILIDADE  |
| DIAS | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA |
| HORÁRIO | 09:00-10:00 |   |   |   |   |   |
| 10:00-11:00 |   |   |   |   |   |
| 11:00-12:00 |   |   |   |   |   |
| 12:00-13:00 |   |   |   |   |   |
| 13:00-14:00 |   |   |   |   |   |
| 14:00-15:00 |   |   |   |   |   |
| 15:00-16:00 |   |   |   |   |   |

**Sinalize com “ X “ no dia e horário em que possui disponibilidade**

|  |
| --- |
| **OPÇÃO DE ATENDIMENTO:****CONSULTÓRIO/ CLÍNICA PRÓPRIA: SIM / NÃO** **NA SEDE DA GUARUJÁ PREVIDÊNCIA: SIM / NÃO** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Assinatura do responsável)

**MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO (PESSOA JURÍDICA)**

|  |
| --- |
| **DADOS DA EMPRESA** |
| **EMPRESA:** |  | **CNPJ** |  |
| **ENDEREÇO:** |  | **TELEFONE** |  |
| **EMAIL:** |  |
| **REPRESENTANTE LEGAL:** |  | **CPF** |  |
| **DADOS BANCÁRIOS:****AGÊNCIA** |  | **CONTA** |  |

|  |
| --- |
| **OPÇÃO DE ATENDIMENTO:****CONSULTÓRIO/ CLÍNICA PRÓPRIA: SIM / NÃO** **NA SEDE DA GUARUJÁ PREVIDÊNCIA: SIM / NÃO** |

|  |
| --- |
| DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO |
| DIAS | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA |
| HORÁRIO | 09:00-10:00 | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (2) |
| 10:00-11:00 | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (2) |
| 11:00-12:00 | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (2) |
| 12:00-13:00 | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (2) |
| 13:00-14:00 | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (2) |
| 14:00-15:00 | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (2) |
| 15:00-16:00 | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (1) | MEDICO (2) | MEDICO (2) |

|  |
| --- |
| **DADOS DE CADA MÉDICO CREDENCIADO DA PESSOA JURÍDICA** |

**Nome**

**CPF** **RG**

**PIS/PASEP** **CRM**

**Data de Nascimento**

**Endereço Residencial**

**Telefone Celular E-mail**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Nome**

**CPF**  **RG**

**PIS/PASEP** **CRM**

**Data de Nascimento**

**Endereço Residencial**

**Telefone** **Celular E-mail**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**IMPORTANTE :** Encaminhar documentação individual para cada médico indicado, conforme item **4.3** do Edital.