(MODELO)

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO HOSPITALAR

(ELABORAR EM PAPEL TIMBRADO/PERSONALIZADO DA EMPRESA)

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

(nome da empresa requerente)

vem requerer perante o CANOASPREV, com base no disposto no EDITAL nº 01/201X, seu credenciamento para a prestação de serviços de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apresentando as seguintes informações e cópia autenticada da documentação solicitada no edital:

**1. REQUERENTE**

1.1 Razão Social:

1.2 Inscrição no CNPJ:

1.3 Inscrição CNES:

1.4 Endereço da Empresa (incluindo CEP, cidade, estado):

1.5 Endereço Eletrônico:

1.6 Telefone:

**2. REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS)**

2.1 Nome:

2.2 Identidade/RG/Órgão Emissor:

2.3 CPF:

**3. RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES/PROCEDIMENTOS**

3.1 Listar as especialidades/procedimentos disponíveis para atendimento.

**4. RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)**

4.1 Nome:

4.2 CPF:

4.3 Identidade/RG/Órgão Emissor:

4.4 Conselho Regional Profissional:

4.5 Número do registro:

4.6 Endereço Eletrônico:

4.7 Telefone:

**5. REGISTRO DA EMPRESA NO CONSELHO REGIONAL PROFISSIONAL**

5.1 Nome do Conselho:

5.2 Região:

5.3 Número de Registro:

**6. OBSERVAÇÕES:**

Adicionar outras informações somente se a empresa julgar relevante e que não estejam contempladas nos itens anteriores.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_.

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

Nome e Assinatura do Representante Legal