|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CPF/CNPJ |  | Grau de sigilo |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1 - Nome do profissional ou razão social da entidade |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 2 - Nome fantasia (Pessoa Jurídica) |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 - Registro conselho regional (Profissional/Entidade) | 4 - Conta na CAIXA | | |
|  | Agência | Operação | Nº da conta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 - Número no INSS | 6 - Número no ISSQN |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 - Nome do responsável/diretor técnico (Pessoa Jurídica) | 7.1 - Registro no conselho regional (resp. técnico) |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 8 - Nome do diretor clínico (Pessoa Jurídica) | 8.1 - Registro no conselho regional (diretor clínico) |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 9 - Endereço completo do local de atendimento (Rua/Avenida, nº, complemento) |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cidade | UF | CEP |
|  |  |  |
|  |  | - |

|  |
| --- |
| 10 - Endereço completo para correspondência |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cidade | UF | CEP |
|  |  |  |
|  |  | - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11 - Telefones | 12 - FAX | 13 - Celular |
|  |  |  |
| (    )      - | (    )      - | (    )      - |

|  |
| --- |
| 14 - E-mail |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 - Especialidades | | | | |
| Cód. | Discriminação |  | Cód. | Discriminação |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | , |  | de |  | de |  |

Local/data

|  |
| --- |
|  |

Assinatura do responsável legal

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | , |  | de |  | de |  |

Local/data

|  |
| --- |
|  |

Assinatura e matrícula, do empregado da CAIXA que recebeu a documentação.