

Preencher, assinar e enviar a
ARM Odontologia



ANS nº 35.215-2

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

Solicito à **ARM Odontologia Ltda** meu credenciamento, para prestar serviços odontológicos aos seus associados, sem exclusividade, em instalações de minha propriedade e na qualidade de Cirurgião Dentista.

Nome		Estado Civil	
Endereço Consultório			
Bairro	CEP	Cidade	Estado
Fone Com.	Fax	Fone Res.	
Endereço Residencial		Celular	
Bairro	CEP	Cidade	Estado
R.G.	C.P.F.	Data Nasc.	
CRO	CCM	INSS	
E-mail		CNES	
Formado pela Faculdade		Data da Formatura	
Cursos de aperfeiçoamento c/ carga horária de 200 horas? Quais?		Títulos de Especialista com registro no CRO? Quais?	
Horário de Atendimento			

Equipamentos Disponíveis no consultório/ clínica:

<input type="radio"/> Aparelho de jato de bicarbonato	<input type="radio"/> Amalgamador	<input type="radio"/> Computador	<input type="radio"/> Internet
<input type="radio"/> Ultra-som para remoção de tártaro	<input type="radio"/> Estufa	<input type="radio"/> Autoclave	<input type="radio"/> Raio-X
Marca do Equipamento: <input type="radio"/> Dabi <input type="radio"/> Gnatus <input type="radio"/> Kavo			Outros

Pessoal de Apoio:

<input type="radio"/> Recepcionista	<input type="radio"/> Auxiliar
-------------------------------------	--------------------------------

Anexo a este documento, cópias do CRO, Curriculum Vitae e Diploma de Especialista.

Assinatura do Cirurgião Dentista

Código do Credenciado **ARM**

Testemunha

Nome:

RG nº:

Testemunha

Nome:

RG nº: