

MARINHA DO BRASIL
ESCOLA DE APRENDIZES MARINHEIRO DE SANTA CATARINA

CERTIFICADO DE REGISTRO CADASTRAL

a	Vigência: ____/____/____
b	Pessoa Jurídica: XXX Nome fantasia: _____ CNPJ: _____ <u>Representante Técnico do CREDENCIADO</u> Nome: _____ CPF: _____ Identidade: _____ Emissor: _____ CR() Inscrição: _____ Endereço: _____ Telefones: _____ Email: _____ Assinatura: _____
c	<u>Pessoa Física:</u> CPF: _____ Identidade: _____ Emissor: _____ CR(M) Inscrição: _____ Endereço: _____ Telefones: _____ Email: _____ Assinatura: _____
d	A pessoa física acima está inscrita no cadastro desta Escola para prestação de assistência médica nos procedimentos abaixo discriminados, de acordo com a documentação recebida por ocasião do seu Credenciamento.
e	Especialidade (listar): _____
f	SADT (listar): XXX
g	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (listar): XXX

Florianópolis, SC, em ____ de _____ de 2019.

NOME
FUNÇÃO
Presidente da Comissão Especial de Credenciamento