

## SUGESTÃO DE ESTABELECIMENTO ODONTOLÓGICO PARA CREDENCIAMENTO

**Prezado Associado,**

Antes de preencher o formulário é importante que você tome conhecimento das seguintes informações:

1. A avaliação das sugestões dos associados levará em conta uma análise técnica da área responsável pelo credenciamento do **Capesaúde - Assistência Odontológica**, que analisará, dentre outros parâmetros, o número de profissionais conveniados na especialidade e na localidade do estabelecimento sugerido.
2. Acatada a indicação após análise técnica, a Capesesp manterá contato com o profissional e, confirmado o interesse do mesmo, procederá à orientação quanto à documentação a ser encaminhada para o setor de credenciamento.
3. O associado poderá acompanhar o processo mediante contato com a Gerência Regional do seu Estado.
4. Vale ressaltar que o **Capesaúde - Assistência Odontológica** é regido pela Lei 9.656/98 e por resoluções do Conselho Federal de Odontologia, dentre outros órgãos fiscalizadores. Desse modo, a exigência dos documentos é fundamental.

### **Dados do Associado Proponente (obrigatório que seja o titular do plano)**

|                     |  |                         |  |
|---------------------|--|-------------------------|--|
| Nome:               |  | Matrícula:              |  |
| E-mail:             |  | (DDD) Tel. Residencial: |  |
| (DDD) Tel. Celular: |  | (DDD) Tel. Comercial:   |  |

Declaro que estou ciente das observações listadas acima.

**Assinatura do Associado:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **Dados do Estabelecimento Odontológico indicado**

|                     |            |                |              |
|---------------------|------------|----------------|--------------|
| Nome/Razão Social:  |            |                |              |
| CPF/CNPJ:           |            | Nº CRO:        | UF Conselho: |
| Endereço Comercial: |            |                |              |
| Bairro:             | Cidade:    | UF:            | CEP:         |
| (DDD) Telefone(s):  | (DDD) Fax: | (DDD) Celular: | E-mail:      |
| Especialidade(s):   |            |                |              |

Para maiores esclarecimentos, colocamos à disposição a nossa Gerência Regional em seu Estado ou a Central de Atendimento Telefônico da Gerência de Relacionamento com o Associado pelo telefone 0800 770 0387 (ligação gratuita).

**OBS:** O formulário preenchido deverá ser enviado à Gerência Regional do seu Estado.