

**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 979 6191 (ligação gratuita).

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