


| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  | www.unimedinconfidentes.coop.br Praça Barão de Saramenha, 01 35400-000 Saramenha, Ouro Preto - MG T. (31) 3559-7200 | Página 1 de 1 |
| | | Código do anexo: AN.RRP.RCR.001 |
| | | Doc. Referência: PS.RRP.RCR.002 |
| | | Revisão: 04 |
| Tipo de Documento: ANEXO | | |
| Título: Carta de Solicitação de Credenciamento | | |

UNIMED INCONFIDENTES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.

Prezados,

Solicito a avaliação do credenciamento, para a prestação de serviços na área de _____ aos clientes Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., a ser realizada no meu consultório/clínica, estabelecida na Rua _____, bairro _____, na cidade de _____.

Atenciosamente,

Candidato ao Credenciamento

Aprovação, quando aplicável:

Diretor de Recursos Próprios

Diretor Técnico de Recursos Próprios