

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

Eu _____ venho por meio deste, requerer o credenciamento dos serviços abaixo descritos junto a **DOG LIFE ADM. DE PLANOS DE SAÚDE ANIMAL LTDA.**

DADOS CADASTRAIS

| | | |
|---|--------------|------------------|
| RAZÃO SOCIAL / MÉDICO VETERINÁRIO _____ | | |
| NOME FANTASIA _____ | | |
| NOME DOS SOCIOS _____ | | |
| RG _____ | CPF _____ | |
| ENDEREÇO _____ | | Nº _____ |
| COMPLEMENTO _____ | BAIRRO _____ | |
| CEP _____ | CIDADE _____ | UF _____ |
| REGISTRO NO CRMV/ _____ | Nº _____ | CNPJ _____ |
| CONTATO _____ | | FONE/FAX _____ |
| E-MAIL _____ | | SITE _____ |
| RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ | | |
| CPF _____ | RG _____ | DATA NASC. _____ |

DADOS BANCÁRIOS

| | |
|----------------------|---------------|
| BANCO _____ | AGÊNCIA _____ |
| CONTA CORRENTE _____ | TITULAR _____ |

TIPO DE ESTABELECIMENTO

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL | <input type="checkbox"/> CLINICA | <input type="checkbox"/> CLINICA E INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> PET SHOP | <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO | <input type="checkbox"/> PARCEIRO |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

| |
|--|
| DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA DAS _____ ÀS _____ |
| SABADOS DAS _____ ÀS _____ DOMINGOS DAS _____ ÀS _____ |

SERVIÇOS PRESTADOS

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CONSULTAS <input type="checkbox"/> COLETA DE EXAMES <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ |
|--|--|--|

| |
|-------------------|
| OBSERVAÇÕES _____ |
|-------------------|

Autorizo a divulgação dos dados cadastrais no **CATÁLOGO DOG LIFE** para utilização dos serviços por parte dos beneficiários bem como a veiculação em outros canais de propaganda, sem ônus financeiro a **CONTRATANTE**, me responsabilizando pela entrega dos documentos para credenciamento no prazo de até 05 (cinco) dias úteis. Declaro estar ciente que este Requerimento tem valor de Contrato.

Nestes termos,

Pede e Aguarda deferimento _____, de _____ de _____

REQUERENTE

DOCUMENTOS (COPIAS)
REGISTRO CRMV, CPF, RG, CNPJ E COMPROVANTE BANCÁRIO