**ANEXO VI - TABELA DE CORPO CLÍNICO**

**(**PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

À Seção de Credenciamento,

Eu, (nome completo do representante da instituição), portador do CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Responsável Técnico da (Empresa, Associação, Instituição, etc. + Razão Social), sediada no(a) (Endereço + Complemento + Bairro), Brasília-DF, CEP \_\_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_\_\_ e e-mail “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, de CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que os profissionais abaixo relacionados são devidamente habilitados e plenamente competentes para o exercício de suas funções, conforme suas especialidades.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME | CPF | REGISTRO CONSELHO | ESPECIALIDADE |
| XXXXXXX | XXXXXXXXXXX | XXXXCRP | ABA |
| XXXXXXXX | XXXXXXXXXXX | XXXCRM | ORTOPEDIA |
| XXXXXXX | XXXXXXXXXXX | XXXX | RPG |

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável Técnico