

ANEXO X – MODELO DE CERTIFICADO DE REGISTRO CADASTRAL (CRC)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
MARINHA DO BRASIL
CAPITANIA FLUVIAL DE PORTO ALEGRE**

MODELO DE CERTIFICADO DE REGISTRO CADASTRAL (CRC) N° xx/xxxx

VALIDADE de xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx

Pessoa Jurídica/Física: NOME COMPLETO DA OSE	
CPF/CNPJ: xxxxxxxx	Tabela(s): xxxxxxxx

A Pessoa Jurídica/Física acima está inscrita no cadastro da **CAPITANIA FLUVIAL DE PORTO ALEGRE** para prestação de assistência em saúde, nos procedimentos abaixo discriminados, de acordo com as condições firmadas no Termo de Credenciamento nº 85350/xxxx-xxx/00.

Áreas: Medicina; Odontologia; Fisioterapia; xxxxxxxx
Especialidades/Serviços/Exames: xxxxxxxx

DADOS DA CREDENCIADA /REPRESENTANTE LEGAL DA CREDENCIADA

Nome: NOME COMPLETO	CPF: xxxxxxxx
Local de atendimento: Rua/Av. xxxxxxxx, Bairro: xxxxxxxx, Cidade/RS, CEP xxxxx-xxx	Telefone: (xx) xxxxxxxx E-mail: xxxxxxxx
Atendimento: segunda a sexta-feira	Horário: xxxxxxxx

Porto Alegre, RS xx de xxxxxxxx de 20__.

NOME COMPLETO
POSTO
Presidente da Comissão Especial de
Credenciamento

NOME COMPLETO
CPF xxxxxxxx
Representante da Credenciada/Credenciada