



ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS DA CRT – AACRT

CADASTRO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Nome

CPF

Área de Atuação:

Especialidade:

Numero Conselho Profissional da Area de Saúde:

Endereço Profissional:

Rua / Av.:

Numero: Complemento:

Cidade: UF:

Fone: E-mail:

Proposta de Facilidade/Vantagem ao Associado AACRT:

Nome do Sócio do qual é parente:

Matricula: Grau de Parentesco:

Assinatura do Profissional Proponente

Para uso da AACRT:

O profissional está dentro das normas para fazer parte do cadastro de profissionais referenciados da AACRT?

Sim Não

Sua proposta de facilidade/vantagem ao sócio foi aceita?

Sim Não

Por que?: _____

Antonio Carlos Tellitu Rios
Gerente Administrativo e Financeiro