

CADASTRO DE MÉDICOS TERCEIRIZADOS



Nome

Mais conhecido como Dr(a)

Sexo

F

M

CRM

Data nasc.

E-mail para recebimento de informativos ISG/HRR

Nome do pai

Nome da mãe

Telefone

Celular

CPF

Endereço

Complemento

Cidade

Estado

CEP

DADOS PROFISSIONAIS

Razão social

CNPJ

Especialidade

REDE PRIVADA: ☐ Hospital ☐ Ambulatório ☐ Clínica

☐ Pessoa Jurídica - CNPJ: _____ ☐ Pessoa Física - CPF: _____

Nome da unidade: _____ CNPJ: _____ ESCALA: _____

Nome da unidade: _____ CNPJ: _____ ESCALA: _____

Nome da unidade: _____ CNPJ: _____ ESCALA: _____

REDE PÚBLICA: ☐ Hospital ☐ Ambulatório ☐ UBS ☐ OUTROS: _____

☐ Pessoa Jurídica - CNPJ: _____ ☐ Pessoa Física (Estatutário) - CPF: _____

Nome da unidade: _____ CNPJ: _____ ESCALA: _____

Nome da unidade: _____ CNPJ: _____ ESCALA: _____

Nome da unidade: _____ CNPJ: _____ ESCALA: _____

ÁREA		ANO
Resid. médica		
Pós-graduação		
Mestrado		
Doutorado		
Título de especialista		

Setor de atuação no hospital

☐ Plantão ☐ Rotina ☐ Substituto ☐ Sobreaviso

Declaro que as informações apresentadas são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de _____

Médico(a)

Responsável pela PJ médica

ASSINATURA

Assine no quadro abaixo (como no prontuário), para melhor identificação da sua assinatura.

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS

- ☐ CRM (AUTENTICADO)
- ☐ CÓPIA DO DIPLOMA (AUTENTICADO)
- ☐ TÍTULO DE ESPECIALISTA, RESIDÊNCIA MÉDICA (AUTENTICADO) OU AFINS
- ☐ CURRICULUM VITAE (RESUMIDO)
- ☐ 2 FOTOS 3X4
- ☐ CONTRATO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA
- ☐ CNPJ

_____, _____ de _____ de _____

Responsável

ANOTAÇÕES