


## CADASTRO DE MÉDICOS TERCEIRIZADOS

	Nome	_____	
	Mais conhecido como Dr(a)	Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	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: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Clínica				
<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica - CNPJ: _____ <input type="checkbox"/> Pessoa Física - CPF: _____				
Nome da unidade:	_____	CNPJ:	_____	ESCALA: _____
Nome da unidade:	_____	CNPJ:	_____	ESCALA: _____
Nome da unidade:	_____	CNPJ:	_____	ESCALA: _____
REDE PÚBLICA: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____				
<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica - CNPJ: _____ <input type="checkbox"/> 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**