

Ficha de Cadastro

Médico
 Odontológico
 Instrumentador
 Outro: _____

Nome: _____

Conselho: _____

Nº: _____

Data de Nasc.: _____/_____/_____

CPF: _____

RG: _____

Foto

Sexo:

Feminino

Masculino

Estado civil:

Casado (a)

Solteiro (a)

Outros

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Nº: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone residencial: _____

Telefone celular: _____

E-mail pessoal: _____

ENDEREÇO COMERCIAL

Nº: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone comercial: _____

Telefone celular: _____

Fax: _____

E-mail clínica: _____

Site da clínica: _____

Opção para correspondência:

Residencial

Comercial

HOSPITAIS ONDE ATUA

ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS

Cópia do RG;

Cópia do CPF;

Cópia da Carteira de Identidade Nacional (CREMESP/ CROSP/ OUTROS);

Cópia da caderneta de vacina atualizada;

Comprovante ético-profissional emitido pelo Conselho Regional de Medicina;

Cópia do Diploma Médico (frente e verso);

Cópia do Título de Especialista;

Certificado de Residência Médica;

Currículo Resumido (até 2 páginas);

Foto 3x4;

ESPECIALIDADES

1ª Especialidade;

2ª Especialidade;

3ª Especialidade;

MOTIVO DO CREDENCIAMENTO NO HOSPITAL SAHA

- Solicitação de paciente para procedimento específico;
- Direcionar cirurgias/internações, ou parte delas, para este hospital;
- Atuar junto à equipe já existente na instituição;
- Outros:

Declaro que todas as informações cadastrais e curriculares aqui apresentadas são verdadeiras.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura/carimbo do diretor médico

Assinatura/carimbo do médico solicitante

Observações: