

# FICHA DE SOLICITAÇÃO CADASTRO DO MÉDICO

## I. INSTRUÇÕES

O FORMULÁRIO DEVE SER DIGITADO OU PREENCHIDO COM TINTA AZUL/PRETA DE FORMA LEGÍVEL. NÃO UTILIZE ABREVIACÕES. CÓPIAS ATUALIZADAS DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS DEVEM SER APRESENTADAS JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIO:

Foto  
3x4

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## II. INFORMAÇÕES SOBRE O PROFISSIONAL

NOME COMPLETO: _____		CRM: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____	ESTADO CIVIL: _____		
RG: _____	CPF: _____	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMININO
NACIONALIDADE: _____	NATURALIDADE: _____		
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____			
BAIRRO: _____	CEP: _____	CIDADE: _____	ESTADO: _____
ENDEREÇO CONSULTÓRIO: _____			
BAIRRO: _____	CEP: _____	CIDADE: _____	ESTADO: _____
TELEFONE RESIDENCIAL: _____	TELEFONE CONSULTÓRIO: _____		
TELEFONE CELULAR: _____	EMAIL: _____		
IDIOMA FALADO PELO PROFISSIONAL: _____	OUTRO IDIOMA FALADO PELO PROFISSIONAL: _____		
ESPECIALIDADE*: _____	ESPECIALIDADE*: _____		
ÁREA DE ATUAÇÃO*: _____			
DADOS DO CARRO: _____			
ATUAÇÃO SERÁ EM EQUIPE PRÓPRIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CHEFE DA EQUIPE (caso a atuação não seja em equipe própria): _____			

\* Baseado na resolução nº 2.005/2012 do CFM

## III. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CURSO SUPERIOR: _____	
ESTADO: _____	ANO DA CONCLUSÃO: _____
RESIDÊNCIA MÉDICA: _____	
ESTADO: _____	ANO DA CONCLUSÃO: _____
PÓS - GRADUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Lato sensu <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Livre docência	
INSTITUIÇÃO: _____	
ESTADO: _____	ANO DA CONCLUSÃO: _____

#### IV. REFERÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Contato de 02 profissionais que estejam familiarizados com sua prática profissional e possam fornecer referências sobre sua experiência. Caso você tenha terminado do seu treinamento, a menos de 03 anos, um dos nomes abaixo deverá ser o do chefe do serviço ou diretor do programa.
- Contato de 02 profissionais, de preferência da sua área, que estejam cadastrados no corpo clínico desse Hospital há pelo menos 03 anos.
- Contato de chefe de serviço/diretor clínico de 01 hospital no qual você se encontrava cadastrado com prerrogativa clínica.

OBS: o Hospital fará contato com todos os profissionais.

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE COMERCIAL: \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE COMERCIAL: \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE COMERCIAL: \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE COMERCIAL: \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: \_\_\_\_\_

#### V. FILIAÇÕES PROFISSIONAIS

LISTAR A(S) SOCIEDADE(S) PROFISSIONAL QUE É AFILIADO	DATA DA ADMISSÃO	MEMBRO ATUAL
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO