



FM-FAT/001 - REV 00

FICHA CADASTRAL MÉDICOS

Nome:		
Data Nascimento:	Naturalidade:	
CPF:	PIS:	
Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena		
Escolaridade: () Sup. Completo () Especialização/ Residência () Mestrado () Doutorado		
CNPJ:	Razão Social:	
Endereço (Consultório):		
Nº	Complemento:	Cep:
Bairro:	Cidade/Estado:	
Endereço (Residencial):		
Nº	Complemento:	Cep:
Bairro:	Cidade/Estado:	
Tel: Cel:	Cons:	Res: E-mail

Anexar as seguintes documentações:

- Requerimento solicitando ingresso ao Corpo Clínico do Hospital Mata da Praia (HOC);
- Carteira do CRM (Cópia simples);
- Cópia da carteira de Identidade ou CNH (Cópia Simples);
- Cópia do título de eleitor;
- Cópia de comprovante de endereço residencial;
- Comprovante de quitação anuidade vigente do CRM /ES (Cópia simples);
- Diploma (Cópia simples);
- Título de especialista (Cópia simples);
- Termo de sigilo e confidencialidade;
- Declaração **com reconhecimento de firma** que atuará no HOC atendendo seus pacientes particulares ou convênios de sua própria lavra sem vínculo empregatício com o HOC;
- Carta de apresentação de 2(dois) médicos que compõem o **Corpo Clínico** na mesma área de atuação do pretendente, apresentando o mesmo e confirmando suas habilidades na área de atuação que pretende atuar no HOC;

Observações:

- Após a entrega de todos os documentos será necessário o preenchimento junto a assistente administrativo responsável pela marcação de cirurgias, os seus horários preferenciais de trabalho, respeitando o critério de antiguidade dos colegas médicos já pertencentes ao corpo clínico;

FM-FAT/001 - REV 00

FICHA CADASTRAL MÉDICOS



- Caso o médico deixe de utilizar as salas cirúrgicas no período de 90, sem justificativa implicará em remanejamento de horários;
- Particularidades serão resolvidas por Dr. Nelson de Souza Lima Filho ou por Dr. Adão Cellia e na ausência dos mesmos pela Sócia Administradora Simone Zamperlini.

Ciente,

Assinatura