



Hospital Dom Alvarenga

## CADASTRO MÉDICO

Data da solicitação do cadastro:

### Dados Pessoais

Nome:

CRM:

CPF:

Data de nascimento:

Telefone (celular):

E-mail

Endereço residencial:

CEP:

Marca/Modelo veículo

Placa veículo

### Dados Profissionais

Ano de graduação em medicina:

Especialidade principal (anexar certificado):

Especialidade secundária (anexar certificado):

Endereço consultório:

CEP:

Telefone consultório 1:

Telefone consultório 2:

Convênios que atende:

**Declaro que estou ciente e me submeto ao Regimento Interno do Corpo Clínico do Hospital Dom Alvarenga.**

Ass. e carimbo médico solicitante \_\_\_\_\_

**Anexar documentos para checklist (enviar para [lilian@alvarenga.org.br](mailto:lilian@alvarenga.org.br)):**

- CRM ativo     Título especialista     Diploma     Currículo     Foto 3X4     Certidão ético profissional  
 Carteira de Vacinação ou Termo de Vacinação    Ass. Secretária \_\_\_\_\_

**Para uso da Diretoria:**

- Aprovado     Recusado

Ass. Diretoria \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_