

# CADASTRO MÉDICO

Data solicitação do cadastro:

## Dados Pessoais

Nome (completo):	CRM:
Endereço eletrônico (e-mail):	Telefone (celular):
CPF:	Data de nascimento:
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:	
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 ética profissional

Ass. Secretária \_\_\_\_\_

**Para uso da Diretoria:**

Aprovado

Recusado

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