

		SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ CADASTRO MÉDICO		Data / /	
<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> INSTRUMENTADOR					
Nome _____					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Outros		RG _____	Org. Emissor _____
Data de Nascimento _____		CPF _____		CRM _____	Estado Emissor _____
Especialidade Médica _____		Conclusão de Residência Médica (Reconhecida pela CNRM-MEC) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Título de Especialista (AMB ou Sociedade Brasileira de Medicina) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Título _____			
Endereço Residencial _____					Nº _____
Complemento _____		Bairro _____		Cidade _____	UF _____
CEP _____		Tel .Celular _____		Tel. Residencial _____	
Autoriza receber mensagens por e-mail? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e-mail: _____					
Endereço Comercial _____					Nº _____
Complemento _____		Bairro _____		Cidade _____	UF _____
CEP _____		Tel Consultório _____		FAX _____	
E-mail do consultório _____					
Médico Responsável (preenchimento obrigatório para Cadastro de Instrumentador)					CRM _____
Assinatura do Médico Responsável (preenchimento obrigatório no caso de Cadastro de Instrumentador) _____					
HONORÁRIOS MÉDICOS					
Deseja receber seus Honorários Médicos: <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Jurídico					
<input type="checkbox"/> Cheque Nominal <input type="checkbox"/> Depósito em Conta		Banco _____		Cód. _____	
Agência _____		<input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança		Nº _____ - _____	
Já recolhe INSS em outra Instituição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Anexar cópia do Hollerith da Instituição					
Nº PIS _____		Nº INSS – Autônomo _____		CCM _____	



SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ

CADASTRO MÉDICO

Data

/ /

ESTACIONAMENTO FILE PARK - CADASTRO DE MENSALISTA ISENTO**Dados do(s) veículo(s)**

MARCA	MODELO	COR	ANO	PLACA	RENAVAN

Lista de convênios a serem faturados diretamente pelo consultório particular

CHECK LIST – Documentos indispensáveis para a realização do Cadastro Médico.

Cópia simples:

- () Diploma () Carteira do CRM
() Conclusão da Residência () RG/CPF
() Título de Especialista () foto original 3X4
() Carta de apresentação
() Comprovante de quitação da Anuidade do CRM
() Currículun atualizado

CHECK LIST - Documentos indispensáveis para a realização do Cadastro de Instrumentador.

Cópia simples:

- () Certificado de Conclusão do Curso Específico
() COREN (caso profissional Enfermeiro)
() Carta de apresentação
() RG
() CPF
() Currículun atualizado
() Foto 3 X 4

DECLARAÇÃO

Declaro p/fins de direito que como um médico sem qualquer outro vínculo com a Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz – Hospital Santa Cruz, e apenas usuário de suas instalações e equipamentos, sou o único responsável por todos os atos que venha a praticar ou seja praticados por auxiliares sob minha responsabilidade em meus pacientes, respondendo regressivamente caso qualquer ação seja movida contra a Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz – Hospital Santa Cruz.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Carimbo / Assinatura do profissional solicitante do cadastro

Obs: Este cadastro será avaliado pelo Conselho Médico baseado no Regimento Interno do HSC.

PARECER DO CONSELHO MÉDICO

São Paulo, _____ de _____ de _____

Carimbo / Assinatura

Cadastro realizado por _____

Data

/ /