



SOLICITAÇÃO DE CADASTRO DE EQUIPE CIRÚRGICA - MÉDICO AUXILIAR

DADOS DO COOPERADO

NOME COMPLETO

CÓDIGO

TELEFONES

E-MAIL

CELULAR

TIPO DE SOLICITAÇÃO (SELECIONE SOMENTE UMA OPÇÃO)

CADASTRAMENTO

RECADASTRAMENTO

EXCLUSÃO

DADOS DO MÉDICO AUXILIAR

NOME COMPLETO

ESPECIALIDADE

CELULAR

E-MAIL

JUSTIFICATIVA PARA O CASO DE NÃO POSSUIR TÍTULO DE ESPECIALISTA OU RESIDÊNCIA MÉDICA:

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do Cooperado

ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS DO MÉDICO AUXILIAR:

Formulário para Cadastro, Cópia CRM, Foto 3x4, cópia comprovante de residência (água, luz, gás ou telefone fixo), cópia NIT, cópia autenticada do Diploma de Medicina (frente e verso), cópia autenticada do certificado de Residência Médica ou Título de Especialista (em caso de Residência Médica em curso, apresentar declaração comprobatória), comprovante de dados bancários.

* Preenchimento obrigatório de todos os campos.