

Solicitação de Cadastro de Equipe Cirúrgica - Médico Auxiliar

DADOS DO COOPERADO

Nome Completo	Código
Telefone Residencial	Celular
E-mail	

TIPO DE SOLICITAÇÃO

(Selecione somente uma opção)

☐ Cadastramento	☐ Recadastramento	☐ Exclusão
--	--	-----------------------------------

DADOS DO MÉDICO AUXILIAR

Nome Completo	Especialidade
Telefone 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 seguintes documentos do Médico Auxiliar:

Formulário para Cadastramento, 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.**