

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)

☐ Inclusão	☐ Substituição	☐ Exclusão
-----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

DADOS DO MÉDICO AUXILIAR

Nome Completo	Especialidade
Telefone Residencial	Celular
E-mail	

Justificativa para o caso de não possuir Título de Especialista ou Residência Médica:

--

Em caso de substituição, informar o Médico Auxiliar a ser excluído:

Nome Completo	Código
---------------	--------

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Cooperado

Anexar os seguintes documentos do Médico Auxiliar:

Cópia CRM, 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).

*** Preenchimento obrigatório de todos os campos.**