

FOTO

## FICHA DE CADASTRO DE PRESTADORES

### 1) Dados da Pessoa Física

Nome Completo:	Início:		
Hospital de atendimento:	Setor:		
CPF nº:	RG nº:	Orgão Expeditor:	
Sexo (M/F/I):	Nascimento: / /	Estado Civil:	
Conselho (Sigla):	UF:	Número:	Ano Formatura:
Especialidade:	Título de especialista: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Data de pagamento da anuidade:	Idiomas:	Ingles <input type="checkbox"/>	Espanhol <input type="checkbox"/>
Endereço Consultório/Residencial:	Outros <input type="checkbox"/>		
Número:	Complemento:		
Bairro:	Município:		
UF:	CEP:		
Telefone (1):	Telefone (2):	Celular:	

### 2) Dados da Pessoa Jurídica

Razão Social:		
CNPJ:		
Nome do Chefe da Equipe:		
E-mail para envio de nota fiscal:		
Banco (Nome):	Agência:	Conta Corrente PJ :

\* FAVOR PREENCHER TODOS OS DADOS DE FORMA LEGÍVEL.

*Data:*

*Médico:*

**Assinatura**

*Data:*

*Diretor Clínico:*

**Assinatura**