

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"/> Outros <input type="checkbox"/>
Endereço Consultório/Residencial:			
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