

ANEXO III

INFORMAÇÕES /DADOS PARA O CADASTRO DE CORPO CLINICO

DADOS DA PESSOA JURÍDICA (Preenchimento obrigatório)

NOME DO HOSPITAL:

MATRÍCULA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

CEP: TELEFONE PARA CONTATO:

IDENTIFICAÇÃO DO CORPO CLÍNICO (Não usar abreviaturas)

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

ESTADO CIVIL:

ESPECIALIDADE:

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

CPF:

CARTEIRA DE IDENTIDADE:

CRM / CRO / CREFITO:

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO INSS (NIT/ PIS):

Obrigatório enviar cópia de comprovante do NIT OU PIS.

TELEFONE CELULAR:

E – MAIL PARA CONTATO: