

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Nome que adota profissionalmente: _____

Especialidade: _____ Sub-especialidade(s): _____

Faculdade de Graduação: _____ Ano Formatura: _____

CRM/UF: _____ Residente: () Sim () Não

Apresentado por Dr.: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF: _____

Nacionalidade: _____ RG: _____ CPF: _____

Nº. INSS: _____ ISS: _____

Nº. de Dependentes: _____ Estado Civil: _____

End. Residencial: _____ Nº. _____ Compl. _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone 1: () _____ - _____ Telefone 2: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____

E-mail: _____

DADOS DO CONSULTÓRIO

End. Consultório: _____

Nº _____ Compl. _____ CEP: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone 1: () _____ - _____ Telefone 2: () _____ - _____ Fax: () _____ - _____

Pessoa de contato: _____

E-mail: _____

Site: _____

ANEXAR: CÓPIA DA CARTEIRA DO CRM;
CÓPIA DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO ÚLTIMA ANUIDADE DO CRM;
CÓPIA DO CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E/OU TÍTULO DE ESPECIALISTA;
CURRÍCULO RESUMIDO;
CARTA DE APRESENTAÇÃO PREENCHIDA.
FOTO 3x4 RECENTE

NÃO ACEITAMOS CADASTROS MÉDICOS SEM A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

CAMPO DE PREENCHIMENTO REALIZADO PELO DIRETOR CLÍNICO

Eu, Dr. Joberto Guerra Amorim, portador do CRM número 9503, como Diretor Clínico do Hospital Belvedere, considero que o médico acima cadastrado está devidamente qualificado para fazer parte do corpo clínico dessa instituição.

Dr. Joberto Guerra Amorim

Belo Horizonte, ____ de _____ do ano de 20____.

DADOS DA REDE CREDENCIADA DO MÉDICO**Dados Bancários Pessoa Física:**Banco: 1- **SICOOB CREDICOM** Agência: _____ C/C: _____

Banco: 2- _____ Agência: _____ C/C: _____

Dados Bancários Pessoa Jurídica:Banco: 1- **SICOOB CREDICOM** Agência: _____ C/C: _____

Banco: 2- _____ Agência: _____ C/C: _____

Convênios que atende:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABEB | <input type="checkbox"/> CNEM – URANUS | <input type="checkbox"/> PROMED |
| <input type="checkbox"/> AGF | <input type="checkbox"/> COPASS | <input type="checkbox"/> SAÚDE CAIXA |
| <input type="checkbox"/> AMAGIS | <input type="checkbox"/> CORREIOS | <input type="checkbox"/> SINJUS |
| <input type="checkbox"/> AMBEP | <input type="checkbox"/> FIAT | <input type="checkbox"/> S.P. A SAÚDE |
| <input type="checkbox"/> AMIL | <input type="checkbox"/> FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ | <input type="checkbox"/> SUDECAP |
| <input type="checkbox"/> AMMP | <input type="checkbox"/> FUNDAFFEMG | <input type="checkbox"/> TRANSEGUROS |
| <input type="checkbox"/> ASSUFEMG | <input type="checkbox"/> FUSEX | <input type="checkbox"/> UNIMED S/A |
| <input type="checkbox"/> BH TRANS | <input type="checkbox"/> GAMA | <input type="checkbox"/> VITALLIS |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO EMPRESARIAL | <input type="checkbox"/> GEAP | <input type="checkbox"/> VIVAMED |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO INDIVIDUAL | <input type="checkbox"/> GOOD LIFE | <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> CASSI | <input type="checkbox"/> INTERMÉDICA | <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> CEDRO E CACHOEIRA | <input type="checkbox"/> LIFE EMPRESARIAL | <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ |

CÓDIGO DA UNIMED OU CÓDIGO DA FENCOM/FEMCOOP: _____

DADOS DA EMPRESA EMISSORA DA NOTA FISCAL DOS HONORÁRIOS MÉDICOS

Razão Social: _____ CNPJ: _____ / _____ - _____

Nota Fiscal: Impressa Eletrônica

Endereço: _____ Nº. _____ Compl. _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone 1: () _____ - _____ Telefone 2 : () _____ - _____

E-mail: _____

COMPROMETO-ME COMUNICAR AO HOSPITAL SEMPRE QUE HOUVER MUDANÇAS NOS MEUS DADOS CADASTRAIS
PRINCIPALMENTE TELEFONES E ENDEREÇOS PARA QUE AS ATUALIZAÇÕES SEJAM REALIZADAS

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura e Carimbo

RAZÃO SOCIAL: SANITAS POLICLÍNICA LTDA.
Rua Afonso Costa Reis, 65 – Belvedere – CEP: 30320-450.
Belo Horizonte – MG – Brasil

Home Page: www.hospitalbelvedere.com.br
Tel.: 55 (31) 3228-3849 – Fax: 55 (31) 3286-2972
E-mail: comunicacao@hospitalbelvedere.com.br

HOSPITAL BELVEDERE

**SANITAS POLICLÍNICA LTDA.
HOSPITAL BELVEDERE**

CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA CADASTRO MÉDICO

Prezados Senhores,

Como médico integrante do Corpo Clínico do Hospital Belvedere, apresento-lhes através desta o Dr. _____, especialista em _____, CRM/MG nº _____, como profissional idôneo, qualificado, e comprometido para exercer as atividades propostas.

Atenciosamente,

Nome (legível): Dr. _____ CRMMG _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo