

**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](http://www.hospitalbelvedere.com.br)  
Tel.: 55 (31) 3228-3849 – Fax: 55 (31) 3286-2972  
E-mail: [comunicacao@hospitalbelvedere.com.br](mailto: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