



## HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA

### CADASTRO MÉDICO E ATIVIDADES AFINS

Indicação:	Ínicio das atividades:
------------	------------------------

Integra alguma equipe?	Qual?
------------------------	-------

Convênios aos quais é credenciado:	
------------------------------------	--

Nome:	Data Nasc:
RG.Nº.	CPF. Nº
Documento de Identificação Profissional - CRM n.º	
Especialidade para Cadastro: 1)	2)

End. Residencial:		
Bairro:	CEP:	Cidade:
Telefone:	Celular:	
E-mail:		

End. Consultório:		
Bairro:	CEP:	Cidade:
Telefone:		

Honorários Médicos :		
( ) CLT		
( ) P.J - Informar nome da empresa: _____		
CNPJ: _____		
Dados bancários para pagamento, quando honorários cobrados pelo hospital.		
Banco:	Ag:	C/C:

Observações: O HSV efetuará cobrança de honorários médicos somente para Pessoa Jurídica, sendo necessário preencher o formulário específico, disponível nas Alas, devendo ser informando o nome do médico e da equipe à qual pertence e o procedimento realizado. Ressalta-se que o HSV somente cobrará os convênios dos quais o médico e sua equipe não forem credenciados. Não serão efetuadas cobranças para Pessoa Física.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Médico

Assinatura Diretor Técnico

Assinatura Diretor Clínico