

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO AO CORPO CLÍNICO

NOME: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____

CPF: _____ RG: _____ CRM: _____

FACULDADE/ANO DE FORMATURA : _____

REGISTRO DIPLOMA/ N.º/ ÓRGÃO: _____

RESIDÊNCIA MÉDICA/ LOCAL/ PERÍODO _____

TÍTULO ESPECIALISTA/ ÓRGÃO EMISSOR: _____

ESPECIALIDADE PROPOSTA REGISTRADA (S) NO C.R.M-PR:

1. _____ Nº R.Q.E. _____

2. _____ Nº R.Q.E. _____

Assinatura/Carimbo do Médico requerente**MÉDICOS APRESENTADORES PERTENCENTES AO CORPO CLÍNICO
(Responsáveis pelo candidato)**

1. _____

Assinatura do médico apresentador

Nome legível / CRM

2. _____

Assinatura do médico apresentador

Nome legível / CRM

RECEBIDO EM: ____/____/____

Assinale o CONVÊNIO ao qual é credenciado:

- AMIL - COD. CADASTRADO: _____
- ARCAM/FUPS - COD. CADASTRADO: _____
- ASSEFAZ - COD. CADASTRADO: _____
- ATDL - COD. CADASTRADO: _____
- CAPESAÚDE - COD. CADASTRADO: _____
- CASSI - COD. CADASTRADO: _____
- CLARO E TELOS - COD. CADASTRADO: _____
- CSHP
- FUNDAÇÃO COPEL - COD. CADASTRADO: _____
- FUNDAÇÃO SANEPAR - COD. CADASTRADO: _____
- GEAP - COD. CADASTRADO: _____
- JUDICEMED - COD. CADASTRADO: _____
- MEDIAL - COD. CADASTRADO: _____
- MEDSERVICE - COD. CADASTRADO: _____
- P.A.M. - COD. CADASTRADO: _____
- PORTO SEGURO - COD. CADASTRADO: _____
- PROASA - COD. CADASTRADO: _____
- SÃO FRANCISCO - COD. CADASTRADO: _____
- SAÚDE BRADESCO - COD. CADASTRADO: _____
- SAÚDE CAIXA - COD. CADASTRADO: _____
- SIND. METALÚRGICOS - COD. CADASTRADO: _____
- SUL AMÉRICA - COD. CADASTRADO: _____
- UNIMED - COD. CADASTRADO: _____

OUTROS: _____

DADOS CADASTRAIS PESSOA FÍSICA/PESSOA JURÍDICA**NOME:** _____

E-mail pessoal : _____

E-mail para envio da nota fiscal: _____

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: _____

ENDEREÇOS:**1. Residencial:** _____

Bairro: _____

Cep.: _____ Cidade: _____

Fone: _____ Celular: _____

2. Comercial: _____

Bairro: _____

Cep.: _____ Cidade: _____ Fone:

_____ Celular: _____

DADOS BANCÁRIOS PESSOA JURÍDICA:

1. Banco: _____ Agência: _____

C/C: _____

2. Banco: _____ Agência: _____

C/C: _____

**LISTA DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO JUNTO AO CORPO
CLÍNICO DO HOSPITAL PARANÁ**

Preencher - Ficha de inscrição ao Corpo Clínico devidamente preenchida e assinada por dois médicos (que já estejam no corpo clínico a pelo menos três anos) do Corpo Clínico do Hospital Paraná; **Ficha com Dados Cadastrais; Lista de Convênios ao qual é credenciado;**

- **Currículo resumido**
- **Trazer - 01 (uma) foto 3x4 e cópia do comprovante de residência, recente;**
- **CRM, RG e CPF (cópia autenticada);**
- **Cópia da carteira de vacinação atualizada;**
- **Cópia autenticada do Diploma de Médico registrado nos órgãos competentes;**
- **Cópia autenticada do Título de Especialista registrado no CRM (PR); E /ou cópia autenticada do Título de Residência Médica na especialidade, realizada em serviço reconhecido pela Comissão Nacional de Médicos Residentes e autorizado pelo Conselho Federal de Medicina, em parceria com a Associação Médica Brasileira, registrado no CRM;**
- **Certidão do CRM de estar regularmente inscrito no Órgão e não ter sofrido sanção e nem estar respondendo a processo disciplinar;**
- **Certidão de não estar respondendo a ação criminal na Justiça Comum e na Justiça Federal, passada pelos Cartórios de Distribuição locais e do domicílio de origem, se houver mudado nos 5 (cinco) anos anteriores;**
[\(<http://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>\)](http://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php)
- **Cartão do CNPJ (pessoa jurídica)**

OBS: Entregar no setor de Relacionamento Médico. Não será protocolada a inscrição na falta de um dos documentos acima solicitados;