

Solicito meu cadastramento no Hospital Maringá, com objetivo de utilizar o hospital como referência para internação, cirurgias e outros procedimentos necessários aos pacientes sob minha responsabilidade. Aceito que sendo efetivado o meu cadastro, trabalharei em regime de autonomia técnica, no desempenho de minhas atividades como profissional liberal, sem que se manifeste, de consequência, qualquer relação empregatícia com o Hospital Maringá em decorrência desta assistência. Exercerei minhas atividades em conformidade com o Regulamento da Instituição e Regimento do Corpo Clínico, respeitando a ética e as normas legais vigentes, isentando o Hospital Maringá de qualquer responsabilidade pela minha prestação de serviços em consonância com os artigos 3º e 4º do capítulo III do Código de Ética Médica.

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Data de Nasc.: ____/____/____
 Nº Conselho: _____ CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____
 Estado Civil: () Casado () Viúvo () Divorciado () Solteiro Sexo: () Masculino () Feminino
 Endereço: _____ Número: _____
 Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Telefone Residencial: (____) _____ Telefone Celular: (____) _____

DADOS PROFISSIONAIS

Endereço: _____ Número: _____
 Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Especialidade Principal: _____ Possui título: () Sim () Não Qual Instituição? _____
 () Clínico () Cirúrgico
 Área de Atuação: _____
 Especialidade Secundária: _____
 E-mail: _____ Site: _____
 Telefone Comercial: (____) _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Faculdade: _____
 () Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado () Docência

LOCAL DE ATUAÇÃO NO HOSPITAL MARINGÁ

() Retaguarda () Plantonista () Intensivista () Especialista () Outros

Declaro que as informações cadastrais e curriculares aqui prestadas são verdadeiras, reconhecendo que as informações falsas, ou omissões relevantes, anulam a aceitação do pedido de cadastramento.

 Assinatura do Médico

_____/_____/_____
 Data

PARECER DO DIRETOR CLÍNICO OU TÉCNICO

() Reprovado () Aprovado () Eventual

Data: ____/____/____

 Assinatura do Diretor