

CADASTRO MÉDICO - HOSPITAL SANTA LUCINDA			
*Nome:			
Filiação:			
*Especialidade:			*CRM:
Estado Civil:		Nº de Dependentes:	
*Data Nasc.:	*CPF :		
*RG:		*Data Expedição:	
Nacionalidade:		Naturalidade:	
*PIS ou INSS:		*ISS:	
Faculdade Medicina:		Ano de Conclusão:	
Residência () Sim () Não		Rec. pelo MEC () Sim () Não	
Faculdade Residência:		Ano de Conclusão:	
Carreira Universitária () Assist. ou Aux. de Ensino () Mestre () Doutor () Titular			
Faculdade em que leciona:			
Título de Especialista em:			Data:
*Endereço COMERCIAL:			nº
Complemento:	Bairro	Cidade	
*Telefones ()	Fax ()	*Celular ()	
*E-mail:		CEP	
Endereço RESIDENCIAL:			nº
Complemento :	Bairro :	Cidade:	
Telefones:	Fax ()	Celular	
E-mail:		CEP	
Contribui para o INSS		() Autônomo () Empregado	Pelo Teto ?
*Conta Bancária			
*Pessoa Física	Banco	Agência -	c/c
	Banco	Agência -	c/c
*Pessoa Jurídica	Banco	Agência -	c/c

* campos obrigatórios

Credenciamento Direto**Credenciamento Indireto**

	Credenciamento Direto	Credenciamento Indireto
APAS	()	()
ABET	()	()
ALLIANZ SAÚDE	()	()
AMAFRESP	()	()
AMIL	()	()
ARAMAR/ ENGEPROM	()	()
ASSEFAZ	()	()
BARDELLA	()	()
BRADESCO	()	()
CABESP	()	()
CAIXA ECONOMICA FEDERAL	()	()
CASSI	()	()
ECONOMUS	()	()
EMBRATEL	()	()
FUND. SÃO FRANCISCO XAVIER	()	()
FUNDAÇÃO CESP	()	()
FUNSERV	()	()
FURNAS CENTRAIS ELÉTRICAS	()	()
GAMA GESTÃO EM SAÚDE	()	()
GOLDEN CROSS	()	()
HOSPITAÚ ASSISTÊNCIA MÉDICA	()	()
INTERMÉDICA	()	()
MARÍTIMA	()	()
MEDIPLAN	()	()
MEDISERVICE	()	()
MULTICARE	()	()
NOTRE DAME	()	()
PORTO SEGURO	()	()
PROASA	()	()
SABESPREV	()	()
SANAMED VOTORANTIM SAÚDE	()	()
SANTA CASA DE ITAPEVA	()	()
SANTA CASA DE SÃO ROQUE	()	()
SANTA CASA DE SOROCABA	()	()
SUL AMÉRICA	()	()
UNIBANCO	()	()
UNIMED DE SOROCABA	()	()
OUTROS	()	()

OBS: Credenciamento Direto: Atende pelo convênio e recebe diretamente do Convênio via consultório/clínica.

Credenciamento Indireto: Atende pelo convênio e recebe via hospital.

Quando obtiver um novo credenciamento ou um descredenciamento, favor comunicar a Diretoria Clínica pelo telefone 15-3212-9930 ou pelo e-mail: sdchsl@pucsp.br

DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA: _____