



FUNDAÇÃO SÃO PAULO
HOSPITAL SANTA LUCINDA
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57 - Sorocaba – CEP 18030-083
Tel e Fax: (015) 3212-9930

CHECKLIST

Nome do Médico:

- () Cadastro Médico Preenchido (ficha anexa)
- () Curriculum Vitae Resumido
- () Carta de apresentação de médico do Corpo Clínico (modelo em anexo)

Cópia simples dos seguintes documentos acompanhado dos originais (serão conferidos e devolvidos no ato):

- () Carteira de Identidade (RG) **não** pode ser carteira de habilitação
- () Carteira de Identidade de Médico (CREMESP)
- () Cartão do CPF
- () Número do PIS ou do INSS (Pode se cadastrar no site <http://dataprev.gov.br/servicos/cadint/cadint.html>)
- () Diploma de Médico (**frente e verso**)
- () Certificado de Residência Médica do MEC e/ou Título de Especialista da AMB (**frente e verso**)
- () Atestado de Antecedentes do CREMESP (Certidão ético-profissional pode ser tirada no site do CREMESP www.cremesp.org.br ou na Av. Barão de Tatuí, 540 – 1º andar – sala 12)

OBS: Tratando-se de desconto de INSS, declarações e certidões de **pessoa física** favor consultar o departamento de Recursos Humanos no ramal 9845 com a Sra. Gislene.

CONFERIDO POR: _____

EM ___/___/___

APROVADO PELA C.E.M

EM ___/___/___

ASSINATURA _____