



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. MÁRIO RIBEIRO DA SILVEIRA

CADASTRO DE PRESTADOR

DADOS PESSOAIS

NOME CORPO CLINICO ☐ SIM ☐ NÃO
DATA NASCIMENTO CPF/CGC SEXO
IDENTIDADE ORG. EMISSOR UF DATA EXPEDIÇÃO
NOME DA MÃE
NOME DO PAI
NATURALIDADE NACIONALIDADE CARTÃO DO SUS

ENDEREÇO PESSOAL

CEP ENDEREÇO NUM
COMPLEMENTO
BAIRRO CIDADE UF

ENDEREÇO COMERCIAL

CEP ENDEREÇO NUM
COMPLEMENTO
BAIRRO CIDADE UF

MEIOS DE CONTATO

E-MAIL
CELULAR RESIDENCIAL COMERCIAL
SECRETÁRIA CONSULTÓRIO OUTRO
OUTRO OUTRO OUTRO

DADOS DO PRESTADOR

TIPO ☐ MÉDICO ☐ ENFERMEIRO ☒ TÉCN. ENFERMAGEM OUTROS:
CONSELHO NUM. INSCRIÇÃO
ESPECIALIDADES
TIPO DO VÍNCULO ☒ FUNCIONÁRIO ☐ PESSOA FÍSICA ☐ PESSOA JURÍDICA