



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO SINDIFISCO

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA
TELEFONE: 3255-4035 / FAX: 3255-3525

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ CPF: _____

RG: _____ ESPECIALIDADE: _____

INSS: _____ ISS: _____

SOCIEDADE MÉDICA: _____ ANO DE FORMATURA: _____

END./ TEL.: CONSULTÓRIO : _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: _____

ARACAJU/SE _____ DE _____ DE _____

ASSINATURA

ANEXAR XEROX:

- ❖CARTEIRA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA;
- ❖INSCRIÇÃO DE AUTÔNOMO DO INSS;
- ❖CARTÃO DE INSCRIÇÃO DE ISS, RG E CPF;
- ❖CURRICULUM VITAE E DIPLOMA;
- ❖CERTIFICADO DO TÍTULO DE ESPECIALIZAÇÃO, NÃO PODE SER INFERIOR A 02 ANOS;
- ❖CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (R2);
ESPECIALIDADE RECONHECIDA NO CRM
REGISTRO NO CNES
- ❖BANCO _____ AGÊNCIA _____ C/C _____