

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS

ESPECIALIZADOS

Preenchimento físico ou digital

Informações da Empresa

1. Razão Social _____
2. CNPJ: _____

Informações do Prestador de Serviço

1. Nome Completo: _____
2. CPF: _____
3. CRM: _____
4. RQE: _____
5. Celular (WhatsApp): _____
6. E-mail: _____

Serviço especializado, conforme edital (Marque as opções que se aplicam)

☐ Anestesiologia	☐ Medicina Intensiva Pediátrica
☐ Cancerologia Pediátrica	☐ Neurocirurgia Oncológica Pediátrica
☐ Cirurgia Pediátrica Oncológica	☐ Neurologia Pediátrica
☐ Cuidados Paliativos Pediátrico	☐ Oftalmologia Oncológica
☐ Endocrinologia Pediátrica	☐ Ortopedia Oncológica
☐ Fisioterapia Oncológica	☐ Psiquiatria Pediátrica
☐ Hematologia e Hemoterapia	☐ Radiologia e Diagnóstico por Imagem
☐ Infectologia	☐ Radiologia Intervencionista
☐ Transplante de Medula Óssea Pediátrica	
☐ Cardiologia Pediátrica com Especialização em Ecocardiograma	
☐ Nefrologia Pediátrica (com capacitação para terapia substitutiva)	
☐ Pediatria / Cancerologia Pediátrica / Medicina de Emergência Pediátricos. Plantões no Centro de Intercorrências Ambulatoriais Oncológicas	

Declaração e Assinatura

Eu, abaixo assinado, declaro que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e estou ciente das responsabilidades legais da empresa.

Data: _____, _____.

Assinatura do Responsável: _____