



**RUBEN BERTA**  
OUVIDO NARIZ GARGANTA  
CIRURGIA PLÁSTICA



## SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO MÉDICO

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ao  
HOSPITAL RUBEN BERTA  
Att. Diretoria Clínica

Prezados Senhores

Pela presente, venho solicitar-lhes colocar à minha disposição suas instalações, equipamentos e serviços, dos quais pretendo valer-me para atender meus pacientes na especialidade de \_\_\_\_\_, que exerço como profissional autônomo.

Esclareço que meus honorários médicos serão a mim pagos diretamente por meus pacientes e/ou convênios ou seguros-saúde de que façam parte, devendo as despesas hospitalares serem pagas diretamente à Vossa Senhorias por essas mesmas fontes.

Dessa forma, não haverá qualquer vínculo, trabalhista ou contratual de qualquer espécie, entre a minha pessoa e este Hospital, uma vez que ambos nos consideramos contratados diretamente pelos pacientes e/ou convênios ou seguros-saúde de que façam parte.

Para credenciar-me tecnicamente à utilização das instalações, equipamentos e serviços deste Hospital, apresento-lhes meu “curriculum vitae”, em anexo.

Declaro ainda que estou ciente e de acordo com as normas e rotinas do Hospital, bem como seu Regulamento Geral e Regimento do Corpo Clínico, os quais me obrigo a respeitar e cumprir.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

**TELEFONE PARA RETORNO: (011) 5908-6474 RAMAL 2228**  
**FAX PARA RETORNO: (011) 5539-4026**  
**E-MAIL: [cadastromedico@rubenberta.com.br](mailto:cadastromedico@rubenberta.com.br)**



**RUBEN BERTA**  
OUVIDO NARIZ GARGANTA  
CIRURGIA PLÁSTICA



**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRAMENTO MÉDICO:**  
(Não é necessário autenticação)

**A.) PESSOA FÍSICA:**

1. CRM
2. RG
3. CPF
4. TÍTULO DE ESPECIALISTA E/OU RESIDÊNCIA MÉDICA
5. COMPROVAÇÃO DE ATUAÇÃO NA ESPECIALIDADE PELO PRAZO MÍNIMO DE 03 ANOS.
6. SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO (anexo)
7. FICHA CADASTRAL MÉDICA DEVIDAMENTE PREENCHIDA.

**B.) SE O MÉDICO TIVER PESSOA JURÍDICA, ANEXAR:**

8. CGC
9. ISS PESSOA JURÍDICA
10. CONTRATO SOCIAL
11. INSS

Diretoria Clínica  
ADLM – Serviços Médicos Ltda.  
(Hospital Ruben Berta)



**RUBEN BERTA**  
OUVIDO NARIZ GARGANTA  
CIRURGIA PLÁSTICA



### FICHA CADASTRAL MÉDICO

<b>NOME COMPLETO</b>	
<b>CRM</b>	
<b>EST. CIVIL</b>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	
<b>TITULAR DA EQUIPE</b>	
<b>DATA DE NASC.</b>	
<b>NATURALIDADE</b>	
<b>NACIONALIDADE</b>	
<b>RG</b>	
<b>CIC/CPF</b>	
<b>ISS</b>	
<b>INPS</b>	
<b>CGC</b>	
<b>FACULDADE</b>	
<b>DATA FORMATURA</b>	
<b>RESIDÊNCIA MÉDICA</b>	
<b>MESTRADO</b>	
<b>DOCTORADO</b>	
<b>TÍTULO / ESPECIALISTA</b>	
<b>OUTROS</b>	
<b>END RES.</b>	
<b>TEL RES.</b>	
<b>BAIRRO / CEP</b>	
<b>TEL CELULAR</b>	
<b>BIP</b>	
<b>END COM.</b>	
<b>TEL / FAX</b>	
<b>BAIRRO / CEP</b>	
<b>CONVÊNIO QUE ATUA</b>	
<b>ASSINATURA</b>	



**RUBEN BERTA**  
OUVIDO NARIZ GARGANTA  
CIRURGIA PLÁSTICA



### FICHA CADASTRAL DE AUTOMÓVEL

<b>NOME COMPLETO</b>	
<b>CRM</b>	
<b>EQUIPE</b>	
<b>TELEFONE P/ CONTATO</b>	
<b>CARRO / MARCA</b>	
<b>ANO DO CARRO</b>	
<b>NÚMERO DE PLACA</b>	
<b>MODELO</b>	
<b>OBS:</b>	