



**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](http://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 \_\_\_\_\_