

FUNDAÇÃO SÃO PAULO
HOSPITAL SANTA LUCINDA
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57 - Sorocaba – CEP 18030-083
(015) 3212-9930 / e-mail: diretoriahsl@hospitalsantalucina.com.br

CHECKLIST

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____

ESPECIALIDADE: _____

Cópia simples dos seguintes documentos (ENVIO OBRIGATÓRIO):

- () Ficha Cadastral Preenchida (obrigatório o preenchimento de todos os campos, principalmente convênios)
- () Carta de apresentação de médico cadastrado no Corpo Clínico (em anexo)
- () Curriculum Vitae Resumido
- () Carteira de Identidade (RG) **não** pode ser carteira de habilitação
- () Carteira de Identidade de Médico (CREMESP)
- () Cartão do CPF
- () Cartão Nacional do SUS (CNS) _____ (pode ser consultado no <https://conectesus-paciente.saude.gov.br/menu/home>)
- () PIS/NIT ou do INSS _____
- () Diploma de Médico (**frente e verso**)
- () Certificado de Residência Médica do MEC e/ou Título de Especialista da AMB (**frente e verso**)
- () Certidão Ético-Profissional (Antecedentes Éticos) CREMESP (*Certidão pode ser tirada no site do CREMESP www.cremesp.org.br*) ou CROSP.

**** OBS.: O cadastro é analisado e aprovado na Comissão de Ética Médica. Para a aprovação do credenciamento no HSL, é necessário o envio de todos os documentos acima relacionados. ****

Consulta feito no site CREMESP ou CROSP: SIM () NÃO () na data de ___/___/___.

CONFERIDO POR: _____ EM ___/___/___

APROVADO PELA C.E.M

EM ___/___/___ ASSINATURA _____