Formulário - Cadastro do Corpo Clínico

Anexar documentos comprobatórios

I. Identificação

Nome: CPF:

Data de nasc.: RG: Orgão Exp.: Data Exp.:

Celular: E-mail:

Nome do Conselho: N° do Conselho: Região:

Especialidade(s):

*Subespecialidade(s):

* (subdivisão de uma especialidade - ex.: especialidade: ortopedia/ subespecialidade: cirurgia de joelho)

Dias e horários de atendimento

Segunda-Feira	_____	às	Quinta-Feira	_____	às _____
Terça-Feira	_____	às	Sexta-Feira	_____	às _____
Quarta-Feira	_____	às	Sábado	_____	às _____

Obs.:

Atendimento

( ) Recém-nascido
( ) Criança
( ) Adolescente
( ) Adulto
( ) Idoso
( ) Dependente químico
( ) Paciente Cirurgia Bariátrica
( ) Puérpera
( ) Domiciliar
( ) Hospitalar
( ) *Outras - especificar no campo abaixo

*

Realiza Exame?

( ) Não ( ) Sim Especificar:

Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais
Av. Francisco Sá,1733 - Jacarecanga - Fortaleza-CE - Fone: (85) 3101.2636 Fax: (85) 3238.5422
e-mail: cafaz@cafaz.org.br - site: www.cafaz.org.br