**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 |
| [ ] Fisiatria 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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_