**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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_