

Solicitação de Cadastro de Equipe Cirúrgica - Instrumentador

DADOS DO COOPERADO

Nome Completo	Código
Telefone Residencial	Celular
E-mail	

TIPO DE SOLICITAÇÃO

(Selecione somente uma opção)

<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Substituição	<input type="checkbox"/> Exclusão
-----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

DADOS DO INSTRUMENTADOR

Nome Completo	
Telefone Residencial	Celular
E-mail	

Em caso de substituição, informar o Instrumentador a ser excluído:

Nome Completo	Código
---------------	--------

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Cooperado

Anexar os seguintes documentos do Instrumentador:

Cópia CPF e RG, cópia comprovante de residência (água, luz, gás ou telefone fixo), cópia NIT, cópia autenticada do curso de instrumentação cirúrgica, no caso de Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem, cópia autenticada frente e verso do COREN ou certificado de Enfermagem.

*** Preenchimento obrigatório de todos os campos.**