

## FICHA CADASTRAL DE INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO

Dados Pessoais			
Nome:			Idade:
Data Nasc.:		Naturalidade:	
RG:		Órgão Emissor:	Data emissão:
CRM:		CPF:	
Filiação:			
Endereço residencial:			
Bairro:		Cidade:	CEP:
Tel Res:		Celular:	Cons:
E-mail:			
Equipe que instrumenta (Médico):			
Atuação no Hospital:    Centro Cirúrgico                  Centro Obstétrico                  Outros			
Formação Acadêmica			
Faculdade cursada:			Período:
Estágio:			Período:
Título de Especialista:			Período:
Declaração			
Entregue cópia da Carteira de Vacinação Atualizada?                  Sim                  Não			
São Paulo, _____ de _____ de 20			
_____ Assinatura do Instrumentador		_____ Assinatura do Médico Solicitante	
Aprovação			
Parecer da Diretoria Técnica		Parecer do CEO - Grupo São Cristóvão Saúde	
Aprovado    sim                  não		Aprovação Final                  sim                  não	
Observações:		Observações:	
Diretor Técnico São Paulo, _____ / _____ / 20		CEO - Grupo São Cristóvão Saúde São Paulo, _____ / _____ / 20	