**FORMULÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **CADASTRO ÚNICO DE PROFISSIONAL**( ) PSICÓLOGO ( ) MÉDICO | Data:  |

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

NOME:

CPF: RG/UF:

CRP OU CRM/UF: DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO E Nº:

COMPLEMENTO: BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF: CEP:

E-MAIL:

TELEFONE1: ( ) TELEFONE2: ( )

RESPONSABILIDADE TÉCNICA ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, favor discriminar a(s) Clínica(s) abaixo.

NOME CLÍNICA 1: MUNICÍPIO:

NOME CLÍNICA 2: MUNICÍPIO:

Observação:

Cabe a COOGS a análise dos documentos, que devem ser anexados na solicitação. O preenchimento incorreto, falta de informações e documentos é de total responsabilidade do requerente e poderá prejudicar o atendimento ao solicitado.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e assumo toda a responsabilidade civil e criminal por estas.

Assinatura: