

	Tipo	Formulário	Código FOR.CRED.006
	Título	Declaração do Planserv	Revisão 00
			Página 1 de 1

Ao Planserv,

Eu, _____,
médico(a), inscrito(a) no conselho CRM-BA nº _____, portador(a)
do RG de nº _____ e inscrito sob o CPF de nº _____,
declaro para os devidos fins, que faço
parte do Corpo Clínico do Hospital das Clínicas de Alagoins, na
especialidade de _____ desde _____.

Alagoins, ____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do profissional.
Hospital das Clínicas de Alagoins.

ELABORAÇÃO LAILLA CHAVES AUX.ADMINISTRATIVO DATA: 07.02.2020	REVISÃO	APROVAÇÃO MAURO AZI DIRETOR EXECUTIVO DATA: 07.02.2020
---	---------	---