



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Rua Paraíba, 576 - Funcionários - Belo Horizonte/MG - CEP 30.130-141 - Tel (31) 3269-2103 – e-mail: corpo.clinico@ipism.gov.br

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E CADASTRO DE CORPO CLÍNICO

EU:

Nome:

RG Nº:

CPF Nº:

Conselho nº:

Endereço:

Município:

E-mail para cadastro do recebimento do código de validação:

Telefone:

RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO:

Razão social:

Nome fantasia:

CNPJ Nº:

Endereço:

Município:

Declaro estar ciente do procedimento para o cadastro e a gestão do corpo clínico da Instituição acima especificada, bem como das regras previstas em Edital de credenciamento, em contrato firmado com o Instituto de Previdência dos Servidores Militar de Minas Gerais – IPISM, das respectivas legislações aplicadas ao meu Conselho de Classe, sendo de minha inteira responsabilidade o cadastramento dos profissionais de saúde, dos quais sou responsável técnico (a), vinculados a esta instituição.

Declaro ainda ter conhecimento do manual de Gestão do Corpo Clínico e da rotina administrativa adotada, por meio eletrônico para o cadastro e exclusão de profissionais, fornecendo o e-mail acima para recebimento do código de validação e que as informações apresentadas são de minha inteira responsabilidade e sua falsidade implicará penalidades cabíveis previstas em contrato.

_____, de _____ de 20____.

(nome do responsabilizado e carimbo)