

 Hospital das Clínicas de Alagoinhas	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 Alagoinhas, na especialidade de _____ desde _____.

Alagoinhas, _____ de _____ de _____.

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

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