

Unidade para Cadastro Assunção Bartira Brasil Ifor Ribeirão Pires São Caetano

Dados Pessoais

Nome		Data de Nascimento ____/____/____		Foto
CPF		RG		
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Outros		
Endereço Residencial				
Complemento		Bairro		
Cidade			UF	CEP
Telefone residencial		Telefone celular		Fax
E-mail pessoal				
Time de futebol		Estilo Musical		
Hobby			Culinária	

Dados Profissionais

Tipo de Profissional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Instrumentador <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Conselho <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> CRO <input type="checkbox"/> CRFA <input type="checkbox"/> CREFITO <input type="checkbox"/> Outro: _____				Nº do Conselho
Endereço Comercial				
Complemento		Bairro		
Cidade			UF	CEP
Telefone comercial		Telefone celular		Fax
E-mail clínica			Blog / Twitter / Facebook	
Faculdade				
Ano de formatura		<input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
Residência Médica				
Título Especialista				
Especialidade 1				
Especialidade 2				
Treinamento em				
ACLS ____/____/____ ATLS ____/____/____ PALS ____/____/____ BLS ____/____/____				
Hospitais que atua				

Eu _____ declaro que tenho interesse em fazer parte do Corpo Clínico desta Instituição, e solicito a possibilidade de realização do meu cadastro.

Data: ____ / ____ / ____

Solicitacão de Cadastro

Vínculo Interno Externo Plantonista Internista

Pertence a alguma equipe? Sim Não Qual?

Repasse / Nome da Empresa

Nome do Apresentador

Nome do Chefe da Equipe

CRM

Consulta CREMESP Ativo Inativo Consultado em: ____ / ____ / ____

Documentacão Conferida por:

Apresentador

Profissional Solicitante

Diretoria Clínica

Diretoria Médica

Aprovacão: Aprovado Reprovado

Assinaturas

Informacões Adicionais

Kit BOAS VINDAS = Regimento Interno + Código de Ética + Protocolos Institucionais

Ciente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Tamanho do Avental P M G GG EG

Chamado CSC: _____ Cód Sistema (Tasy / MV / Outro): _____ Usuário no Sistema (Tasy / MV / Outro): _____ Cód Protheus: _____

Enviado para aprovacão: _____ Aprovacão recebida: _____ Início das atividades: _____ Treinamento do Tasy: _____ Integracão Realizada: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA MÉDICO(A) - Pessoa Física (PF)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ficha de Cadastro Preenchida Completa | <input type="checkbox"/> Cópia CPF |
| <input type="checkbox"/> 1 Foto 3x4 | <input type="checkbox"/> Cópia RG |
| <input type="checkbox"/> Cópia do Diploma (frente e verso) | <input type="checkbox"/> Ficha Cadastral CNES (anexa) |
| <input type="checkbox"/> Título de Especialista ou Residência Médica (frente e verso) | <input type="checkbox"/> Certidão de Quitacão de Contribuicão do CREMESP |
| <input type="checkbox"/> Cópia de Diplomas de Titulacão, Acadêmicos e outros cursos (frente e verso) | <input type="checkbox"/> Carta de Referênci (modelo anexo) |
| <input type="checkbox"/> Currículo atualizado e resumido ou Currículo Lattes | <input type="checkbox"/> Cópia da Certidão Ético-profissional |
| <input type="checkbox"/> Carteira de Identidade Profissional (CREMESP, CREFITO, etc.) | <input type="checkbox"/> Carteira Vacinal ou Termo Vacina (modelo anexo) |
| <input type="checkbox"/> Cópia do PIS | <input type="checkbox"/> Cópia do Comprovante de Residência |

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA EMPRESA - Pessoa Jurídica (PJ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cópia do Certificado de Inscriçã do CREMESP atualizada | <input type="checkbox"/> CNDT - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas |
| <input type="checkbox"/> Cópia do Cartão do CNPJ | <input type="checkbox"/> Cópia do Contrato Social e Alterações com Registro na JUCESP |
| <input type="checkbox"/> Cópia da Inscriçã Municipal | <input type="checkbox"/> Procuraçã em Vigênci, em cópia autenticada ou original, nos casos de outorga de poderes para assinar contratos |
| <input type="checkbox"/> Cópia do Alvará de Funcionamento | <input type="checkbox"/> Local onde possamos reconhecer firma do responsável pela assinatura contrato |
| <input type="checkbox"/> Comprovante Bancário da em nome da Empresa | |
| <input type="checkbox"/> Cópia do Comprovante de endereço em nome da Empresa | |

Não recebemos nem realizamos cadastro caso tenha qualquer documentacão pendente. O prazo para realizacão do cadastro é de 10 dias úteis. A atuacão do profissional só é permitida após o envio do login e senha para acesso ao prontuário eletrônico.

Solicitacão de Cadastro

Assinaturas

Informacões Adicionais

Para uso do Relacionamento

DOCUMENTACão

Carta de Referência

Eu, _____ CRM _____
cadastrado(a) na Rede D'Or na Unidade _____
atuando na especialidade _____ considero que
o(a) Dr(a). _____ está devidamente
qualificado para fazer parte do Corpo Clínico dessa instituição.

Atenciosamente,

Assinatura / CRM

_____/_____/_____

Data

OBS A carta deve ser preenchida por um médico atuante no corpo clínico do hospital em que se solicita o cadastro.



Termo de responsabilidade sobre vacinação

Eu, _____ CRM _____

me responsabilizo e assino o termo com a afirmação de que tomei as seguintes vacinas:

- Hepatite B
- Dupla Adulto (Difteria e Tétano)
- Tríplice Viral (Caxumba, Sarampo e Rubéola)
- Gripe H1N1

Assinatura / CRM

____/____/____

Data



Termo de Responsabilidade Atuação

Venho pela presente declarar que eu, _____

CRM _____, atuarei junto ao Hospital _____ na

especialidade de _____ (conforme Título

de Especialista).

Em conformidade ao regimento interno desta unidade declaro ciência em participar de atos médicos somente na área de atuação e especialidade acima descritos.

Profissional Medico(a)

Chefe da Equipe

Diretoria da Unidade

Data: ____/____/____

