

Solicitação de Cadastro Médico

Azul: Deve ser preenchido pelo médico. | **Marron:** Deve ser preenchido pelo hospital.

DADOS PESSOAIS

Hospital que deseja se cadastrar

Nome						
Data de Nascimento	/	/	CRM			
CPF			RG			
Sexo	Feminino	Masculino	Estado Civil	Casado(a)	Solteiro(a)	Outros
Endereço Residencial						
Complemento			Bairro			
Cidade		UF		CEP		
Tel. Residencial		Tel. Celular		Outro		
Gostaria de participar do nosso grupo de whatsapp do corpo clínico?				Sim	Não	
E-mail						
Tamanho do Jaleco	P	M	G	GG	EG	

DADOS PROFISSIONAIS

Endereço Comercial					
Complemento			Bairro		
Cidade		UF		CEP	
Telefone Comercial			Telefone Celular Comercial		
E-mail Clínica					
Site	Não possui		Facebook	Não possui	
Instagram	Não possui		Twitter	Não possui	
Faculdade					
Ano de Formatura	Graduação		Mestrado		Doutorado
Residência Médica					
Especialidade 1					
Especialidade 2					
Especialidade 3					
Treinamento em	ACLS	ATLS		PALS	BLS
	/	/	/	/	/
Hospitais que atua					

PARA USO DO RELACIONAMENTO MÉDICO

Consulta CRM Ativo Inativo **Consulta CBI** Elegível Inelegível

Consulta outros órgãos

Ativo Inativo

Consulta outros órgãos

Ativo Inativo

Documentação conferida por

Consultado em: / /

Kit Boas-Vindas = Crachá de Acesso, jaleco Rede D’Or São Luiz, liberação do estacionamento, regimento interno, código de ética, protocolos institucionais e senha de acesso ao sistema.

Chamado de Solicitação de Acesso Cód Sistema (Tasy / MV / Outro) Usuário no Sistema (Tasy / MV / Outro) Código Protheus

Enviado para aprovação	Aprovação recebida	Integração Realizada	Início das atividades
/ /	/ /	/ /	/ /

O prazo para a entrega da senha do sistema é de 10 dias úteis, o login de acesso e a senha será encaminhado para o e-mail cadastrado e a senha deve ser alterada após o primeiro acesso.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA MÉDICO - PESSOA FÍSICA (PF)

- | | |
|---|---|
| Ficha de Cadastro Preenchida Completa | Certidão Ético-profissional |
| Carta de Apresentação (modelo anexo) | Certidão de Quitação de Contribuição do CRM (dentro do prazo de validade) |
| Carteira de Identidade Profissional (CRM) | Certificado do Curso de ACLS |
| Cópia do RG | Certificado do Curso de BLS |
| Cópia do CPF | Certificado de demais Cursos (ATLS, PALS, etc...) |
| Cópia do Diploma (frente e verso) | Ficha Cadastral CNES (anexa) |
| Título de Especialista ou Residência Médica (frente e verso) | Foto para identificação |
| Cópia de Diplomas de Titulação, Acadêmicos e outros cursos (frente e verso) | Comprovante de Endereço |
| Currículo atualizado e resumido ou Currículo Lattes | Carteira de Vacina - vacinas obrigatórias (Hepatite B - 3 doses, Dupla Adulto - à cada 10 anos, Tríplice Viral - 2 doses, Influenza H1N1 - ano vigente e Coronavírus) |
| Carteira Vacinal ou Termo Vacina (modelo anexo) | |

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA EMPRESA - PESSOA JURÍDICA (PJ)

Cópia do **Certificado de Inscrição do CRM** atualizada

Cópia da Inscrição Municipal (Atualizada)

Cópia do **Cartão do CNPJ (Data de Emissão recente)**

CNDT - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (Atual)

Cópia do **Alvará de Funcionamento** (Taxa da Prefeitura (qualquer comprovante de taxa para à Prefeitura e em nome da empresa), Certificado do Corpo de Bombeiros ou SINTEGRA)

Comprovante Bancário da em nome da Empresa (com nome da Empresa, logomarca do banco, dados de agência e conta com dígito verificador Atual)

Cópia do Comprovante de endereço em nome da Empresa (caso não tenha, enviar comprovante em nome de um dos sócios com endereço da empresa atual)

Cópia do Contrato Social e Alterações com registro na JUCESP. A Rede D'Or não celebra contrato com empresas com único sócio (MEI, EIRELI, SPC e outros)

Relatório de diligência (disponibilizado pelo relacionamento médico) **preenchido e assinado a próprio punho.**

Declaração de Domicílio comercial preenchida e assinada.

Caso algum campo não corresponda a sua empresa, favor destacar com "Não se Aplica".

Obs. Todas as alterações contratuais que venham ocorrer após a vigência do contrato deverão enviar cópias para as devidas alterações.

Cadastro:

Informamos que não receberemos e nem iniciaremos o cadastro de qualquer profissional/empresa com documentação pendente. O prazo para a realização do cadastro é de 15 dias úteis após a aprovação da diretoria e a atuação do profissional só é permitida após a finalização do cadastro.

Ressaltamos que, obrigatoriamente, toda a equipe deverá estar cadastrada para que o procedimento transcorra normalmente, bem como assistentes e instrumentadores.

Senha do Sistema:

A senha de acesso ao sistema da unidade é individual e sigilosa, pedimos a gentileza que não compartilhem com demais membros da equipe. Assim que o cadastro for finalizado, o login e a senha de acesso ao sistema serão encaminhados para o e-mail cadastrado e a senha deve ser alterada após o primeiro acesso.

Termo de Responsabilidade de Imunização

DADOS PESSOAIS

Nome

CPF

VACINAS		MOTIVO DA NÃO COMPROVAÇÃO
Influenza	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Tríplice Virai	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Hepatite B (ou anti HBsAg)	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Tétano	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Coronavírus	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Outras		

Declaro ter ciência com relação à obrigatoriedade da vacinação contra **Hepatite B, Influenza e Coronavírus** para que eu possa desenvolver minhas atividades laborativas nesta empresa, conforme NR-32. Este processo faz parte dos **Protocolos Institucionais de Cuidado e Segurança do Paciente**, além dos benefícios providos desta medida preventiva, assim como dos seus prováveis efeitos adversos. Em caso de vacinação, porém, sem meios de confirmação documental/sorológica, a orientação é pela revacinação. Tenho ciência de que este ato pode levar à contaminação e disseminação das doenças em questão para pacientes e equipe de saúde da Unidade e, por isso, responsabilizo-me sobre as possíveis consequências.

Afirmo que fui orientado(a) a seguir todos os protocolos instituídos na Rede D'Or São Luiz para controle de infecção e a utilizar os equipamentos de proteção individual fornecidos a mim pela instituição.

Data / /

Assinatura

Termo de Responsabilidade de Atuação

Venha 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)

Diretoria da Unidade

Data / /

Cadastro de Médicos no CNES

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

INFORMAÇÕES PESSOAIS DO MÉDICO

Nome do Profissional

PIS _____ **CPF** _____ **Sexo** Feminino Masculino
Nome da Mãe _____
Nome do Pai _____
Data / / **Município do Nascimento** _____ **UF** _____
Nº Identidade _____ **UF** _____ **Órgão Emissor** _____
Data de Emissão / / _____
Nacionalidade Brasileiro Estrangeiro **País de Origem/Nascimento** *(Se for estrangeiro)* _____
Data de Entrada / / **Data de Naturalização** / / _____
Nº da Portaria _____ **Nível de Escolaridade** _____
Nº Título de Eleitor _____ **Zona** _____ **Seção** _____
Atendimento no SUS Sim Não

INFORMAÇÕES RESIDENCIAIS

Endereço _____ **Número** _____
Complemento _____ **Bairro** _____
Município _____ **UF** _____ **CEP** _____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DO MÉDICO

CRM _____ **UF** _____ **Órgão Emissor** _____
Cargo / Ocupação _____ **Setor de Atuação/Atendimento** _____
Data início no Hospital / / _____
Carga Horária Semanal Ambulatorial Hospitalar Outros
Vínculo/Forma de Atuação Autônomo (RPA) Celetista Pessoa Jurídica
Nº do CNES _____
Nome da empresa *(caso o vínculo seja por Pessoa Jurídica)* _____
CNPJ da Empresa _____