

Solicitação de Cadastro

Profissional de Saúde

Marron: Deve ser preenchido pelo profissional | **Cinza:** Deve ser preenchido pelo hospital

DADOS PESSOAIS

Nome		Data de Nascimento		/	/	<p>Foto</p> <p>A foto será inserida pelo Relacionamento Médico</p>	
CPF	RG						
Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino					
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Desquitado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Solteiro(a)		<input type="checkbox"/> União Estável
Endereço Residencial							
Complemento	Bairro						
Cidade	UF	CEP					
Telefone Residencial	Telefone Celular						
E-mail Pessoal							
Time de Futebol	Estilo Musical						
Hobby							
Culinária							

DADOS PROFISSIONAIS

Tipo de Profissional	<input type="checkbox"/> Doula	<input type="checkbox"/> Enfermeira Obstetra	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo			
	<input type="checkbox"/> Instrumentador	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontólogo	<input type="checkbox"/> Outro			
Nº do Conselho	Conselho	<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> CRO	<input type="checkbox"/> CRFA	<input type="checkbox"/> CREFITO	<input type="checkbox"/> COREN	<input type="checkbox"/> Outro
Endereço Comercial							
Complemento	Bairro						
Cidade	UF		CEP				
Telefone Comercial	Telefone Celular Comercial						
E-mail Clínica							
Site	<input type="checkbox"/> Não possui		Facebook	<input type="checkbox"/> Não possui			
Instagram	<input type="checkbox"/> Não possui		Twitter	<input type="checkbox"/> Não possui			
Faculdade							
Ano de Formatura	<input type="checkbox"/> Graduação		<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado			
Residência Médica							
Título de Especialidade 1							
Título de Especialidade 2							
Título de Especialidade 3							
Treinamento em	<input type="checkbox"/> ACLS	<input type="checkbox"/> ATLS	<input type="checkbox"/> PALS	<input type="checkbox"/> BLS			
Instituição que realizou							
Data	/	/	/	/	/	/	/
Hospitais que atua							



SOLICITAÇÃO DE CADASTRO

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

Data / /

Sector de Atuação

Vínculo Staff

Externo

Pertence a alguma equipe? Não Sim

Qual?

Repasse / Nome da Empresa (preencher somente se for staff ou retaguarda)

Nome do Apresentador

Nome do Chefe da Equipe

Número do Conselho

Assinatura **Profissional Solicitante**

Assinatura **Diretoria**

Aprovação: Aprovado Reprovado

Nome do Avaliador

Data / /

OBSERVAÇÕES



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA PROFISSIONAL - PESSOA FÍSICA (PF)

Carta de referência/apresentação (o modelo da carta está disponível para download, se necessário)

Carteira de Identificação profissional (frente e verso - CREMESP, CREFITO, COREN, CRO etc.)

Carteira Vacinal ou termo de vacina

Certidão de quitação de contribuição do Conselho (envio da atualização deve ser anual)

Certificado do curso: BLS (obrigatório para todos os médicos cadastrados), **ACLS** (obrigatório para Hospitalista, Emergencista, Intensivista e Anestesiista), **ATLS, PALS**

Cópia da certidão ético-profissional do Conselho (envio da atualização deve ser anual)

Cópia do CPF

Cópia do diploma (frente e verso)

Cópia do diploma de titulação. Acadêmicos e outros cursos (frente e verso)

Cópia do RG

Currículo Lattes

Ficha de solicitação de cadastro preenchida completa

Título de especialista (frente e verso)

Título de residência médica (frente e verso)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA EMPRESA - PESSOA JURÍDICA (PJ)

CNDT - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas

Comprovante bancário em nome da empresa (Serão aceitos: Folha de cheque, extrato bancário ou declaração do banco em nome da empresa)

Cópia da inscrição municipal

Cópia do alvará de funcionamento

Cópia do cartão do CNPJ

Cópia do certificado de inscrição do CREMESP da empresa (atualizado)

Cópia do comprovante de endereço da empresa (Serão aceitos: conta de água, conta de luz, conta de telefone ou declaração de endereço comercial)

Cópia do contrato social

Relatório de Diligência (este documento é disponibilizado pelo Relacionamento Médico)

PARA USO DO RELACIONAMENTO MÉDICO

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.

Tamanho do Jaleco PP P M G GG GGG GGGG

Consulta CREMESP Ativo Inativo **Data** / /

Documentação conferida por

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

Solicitação de Acesso

Enviado para aprovação	Aprovação recebida	Treinamento no Sistema	Integração Realizada
/ /	/ /	/ /	/ /