

Nome do Médico: _____

Especialidade _____ CRM: _____

Privilégios	Médico		Gerência Médica	
	Solicitado	Concedido	Negado	
Privilégios Clínicos Principais para Adultos: Estes privilégios incluem a capacidade para admitir, tratar e dar alta a pacientes não cirúrgicos.				
Privilégios Clínicos especiais: Estes privilégios incluem a capacidade de realizar atividades clínicas específicas:				
Privilégios Pediátricos Principais: Estes privilégios incluem a capacidade de admitir e tratar pacientes pediátricos em geral (com idade inferior a 18 anos) a pacientes não cirúrgicos.				
Privilégios Ginecológicos Principais: Estes privilégios indicam a capacidade de tratamentos de pacientes ginecológicos cirúrgicos e não cirúrgicos.				
Privilégios Cirúrgicos Principais: Estes privilégios incluem a capacidade de assistir / realizar cirurgias, exceto procedimentos especiais.				
Procedimentos especiais para pacientes Adultos e Pediátricos: Estes privilégios incluem a capacidade de realizar procedimentos complexos, tais como:				
• Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia				
• Transplantes				
• TMO				
• Captação de Órgãos				
• Endoscopia / Colonoscopia				
• Dor				
• Hemodiálise				
• Genética				
• Cardiologia intervencionista				
• Procedimentos Hemodinâmicos				
• Quimioterapia				
• Radioterapia				
• Anestesia				
• Auditoria Externa				
• Medicina Paliativa				
• Neuroradiologia				
• Punção Lombar – Líquor				
• Cirurgia por Vídeo				
• Laudar exames – Radiologia / Laboratório/Endoscopia				
• Hemodiálise				
Consultas de Ambulatório – Especialidade:				
Plantões no Pronto-Socorro: <input type="checkbox"/> Clínica Médica <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Ginecologia <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Neurologia				
Plantões de Unidade de Terapia Intensiva: <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Infantil				
Coordenar Equipe:				

Ciência do Médico

- ✓ **Crítérios principais para a concessão de privilégios:** Conclusão do programa de residência e/ou especialização e/ou título de especialista.
- ✓ **Documentos comprobatórios:** Certificado de Conclusão de Curso de Medicina; Certificado de Conclusão de Residência e/ou Curso de Especialização; Título de Especialista; Experiência Comprovada (Relatório de Cirurgias realizadas em outras Instituições).

"Este cadastro não autoriza o hospital a cobrar Honorários Médicos e repassá-los ao profissional. Se houver interesse em receber seus Honorários Médicos pelo hospital procure a Gerência Médica para estabelecer contrato de parceria com a instituição."

Declaro que li e entendi os critérios para a concessão de privilégios principais e especiais e, ao solicitar os privilégios mencionados acima, confirmo que tenho experiência e/ou treinamento adequado.

Declaro ainda que todas as informações cadastrais e curriculares aqui prestadas são verdadeiras, reconhecendo que declarações falsas ou omissões relevantes anulam a aceitação do pedido de cadastramento e privilégios.

Data: ____/____/____

 Assinatura e Carimbo do Médico

O Formulário deverá ser entregue devidamente preenchido com toda documentação em anexo, caso contrário não será aceito.

Núcleo de Cadastro

A Diretoria da Rede de Hospitais São Camilo irá utilizar os dados contidos nesta ficha dentro da maior reserva possível, dando conhecimento de seu conteúdo apenas ao envolvidos em seu credenciamento.

Aprovação Gerência Médica

Data: ____/____/____

Gerente / Coordenador Médico que avaliou:

() Aprovado

() Negado – Justificativa _____

() Outras recomendações: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Gerente / Coordenador Médico

Ciência do Médico dos privilégios concedidos

Declaro estar ciente dos privilégios a mim outorgados.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante