

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE CADASTRO

() Efetivo ___/___/___ () Associado ___/___/___

() Cadastro () Atualização () Extensão unidade () Captação Exec. RM
Unidade de atuação: Pompeia () Santana () Ipiranga () Mooca () () Granja Viana

Nome: _____ Data Nasc.: ___/___/___

Nº Conselho: _____ CPF: _____ RG: _____ Órgão emissor: _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço Residencial: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone Residencial () _____ Telefone Celular () _____ 2º Contato Profissional () _____

Dados Profissionais

Endereço Comercial: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Especialidade Principal: _____ Possui Título: Sim Não Clínico Cirúrgico

Qual Instituição? _____

Área de Atuação: _____ Especialidade: _____ Secundária: _____

E-mail: _____ Site: _____

Telefone Comercial: () _____ Currículo Lattes: _____

Nome Impresso no Crachá: _____ Tamanho do Jaleco _____

Prezado doutor(a), tem interesse em realizar o recebimento dos seus honorários via hospital? (Em caso positivo, por gentileza preencher todos os campos)
SIM () NÃO ()

Nome P.J: _____ CNPJ _____

Sócio administrador: _____ Telefone: _____ CPF: _____

Testemunha (*Não pode ser cônjuge ou familiar.): _____ Telefone: _____ CPF: _____

E-mail: _____

Áreas de atuação:

- () Parceria (Internações de Pacientes próprios, provenientes de consultório externo)
 () Ambulatório
 () Pronto Socorro
 () Internados

Informações para pagamento:

() Dia 10 () Dia 20

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente _____

Documentos e Títulos de Especialidades

• Cópia do CRM	• Certificado de Residencia
• Currículo	• Títulos de especialização
• Etico profissional do Cremesp	• Certificado de suporte a vida
• Certidão de Quitação do CREMESP	• RQE
• Diploma de Graduação (Medicina)	• Foto 3x4

Em caso de formalização do Contrato, acrescentar os documentos abaixo:

- Cópia vigente do registro junto ao CREMESP (Registro de pessoa jurídica);
 - Cópia do contrato social consolidado ou versão inicial e alterações;
 - Cópia do cartão do CNPJ atualizado;
 - Título de Especialização;
- Comprovante de conta bancária (Conta corrente de Pessoa Jurídica vinculada ao CNPJ apresentado).

Eu, _____, inscrito no CREMESP sob o número _____, venho solicitar meu cadastramento como médico (a) do Corpo Clínico do Hospital São Camilo atuando na especialidade de _____ e áreas de atuação de _____

Concordo e autorizo que os dados pessoais, curriculares e profissionais sejam apreciados e verificados pelo Núcleo de Cadastro, bem como outros que esta julgar necessário, guardados o sigilo e discricção devida.

Aceito e reconheço minha responsabilidade em me submeter ao Regimento Interno do Corpo Clínico do Hospital São Camilo e concordo com reavaliações periódicas da minha atuação no Hospital com a finalidade de manter meu cadastramento e concessão de privilégios atualizados e ativos no corpo clínico.

Fico ciente também da minha obrigação em manter todos os dados cadastrais e documentação obrigatória atualizada sob o risco de suspensão do cadastramento.

É meu objetivo utilizar a rede de Hospitais São Camilo como referência para o atendimento dos pacientes sob minha responsabilidade em regime de autonomia absoluta, sem caracterizar qualquer relação empregatícia com o Hospital. Da mesma forma isento – o da responsabilidade sobre o resultado dos atos praticados em função de meu livre exercício profissional.

Por estar de acordo com os termos e, ser esta minha vontade, firmo a presente.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Assinatura e Carimbo do Responsável técnico