



## CADASTRO MÉDICO

NOME: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

NOME USUAL : \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

END. RES. \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TEL. RES.: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

END. CONS: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

SITE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

### FORMAÇÃO

INSTITUIÇÃO NÍVEL SUPERIOR: \_\_\_\_\_ CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA MÉDICA    ESPECIALIZAÇÃO    ESPECIALIZAÇÃO COM TÍTULO    MESTRADO    DOUTORADO

ESPECIALIDADES: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_ CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

### OUTRAS INFORMAÇÕES

AMBULATÓRIO    PLANTONISTA    VISITA    RETAGUARDA    EXTERNO

EQUIPE:    SIM    NÃO    QUAL? \_\_\_\_\_

### CADASTRO PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS:** BANCO: \_\_\_\_\_ AG: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

### USO INTERNO

APROVADO    NÃO APROVADO    \_\_\_\_\_    Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DIRETORIA TÉCNICA

Cód. Sist.: \_\_\_\_\_    Crachá    Jaleco    Senha    Mailing    Confirmação



## CONCESSÃO DE PRIVILÉGIOS MÉDICOS

NOME DO(A) MÉDICO(A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

Solicitado	Concedido	Negado	Privilégios
			Privilégios Clínicos:
			Privilégios Cirúrgicos:
			Consultas de Ambulatório – Especialidade:
			Plantão no Pronto Socorro – Especialidade:
			Plantão de Unidade de Terapia Intensiva Adulto:
			Privilégio – CDI:
			Privilégio – Anestesia:
			Privilégio – Coordenar Equipes:
			Privilégio - Residência Médica:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Solicitante

### Preenchimento - Responsável Técnico da Unidade

Privilégios Concedidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### REGRAS DE REPASSE

Modelo: \_\_\_\_\_

- AMBULATÓRIO \_\_\_\_\_
  - VISITAS / CENTRO CIRÚRGICO \_\_\_\_\_
  - OUTROS \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Solicitante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DIRETORIA TÉCNICA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **TERMOS E DECLARAÇÕES**

Afirmo que tenho conhecimento e estou de acordo com os termos do Regimento do Corpo Clínico do Hospital Santa Virgínia, bem como às suas normas e determinações administrativas.

Autorizo Diretor Técnico, Diretor Clínico e Equipe de Relacionamento Médico, façam contato com outros serviços de saúde e com órgãos oficiais para obterem referências sobre a minha atuação profissional, minhas qualificações e competências.

### **Declaração**

Declaro para os devidos fins, que os documentos, informações cadastrais e curriculares anexos ao presente pedido de credenciamento no Hospital Santa Virgínia, representam a verdade. Estou ciente que eventuais omissões ou declarações falsas acarretarão a anulação do presente requerimento.

### **Autonomia e Responsabilidade**

Declaro estar ciente que o médico credenciado atua com autonomia técnica, não havendo qualquer responsabilidade do HSV sobre as condutas profissionais e técnicas adotadas por mim ou por meus assistentes. Concordo em participar de treinamentos, indicadores, reuniões e atender as demandas da Diretoria Técnica. Também concordo em fornecer observar as políticas institucionais, rotinas, fluxos internos, regulamentos e regimento interno do HSV, especialmente quanto ao relacionamento com paciente, colaboradores, boas práticas, CCIH, segurança e qualidade, OPME e outros.

### **Acessos**

Uma vez credenciado, será fornecida senha de uso PESSOAL e INTRANSFERÍVEL para acesso ao sistema. Todos os atendimentos médicos dos pacientes sob os meus cuidados deverão ter as informações claras e completas no prontuário do paciente, de acordo com o CEM, sendo autorizado o acesso de dados de pacientes que estejam sob os cuidados do profissional. Estou ciente que é de minha responsabilidade assegurar o bom uso do sistema, a confiabilidade e sigilo das informações dos pacientes e qualidade dos registros, bem como a guarda da senha de forma segura.

### **Autorização do Uso de Imagem**

Desde já autorizo a utilização da minha imagem para divulgação de eventos médicos, eventos institucionais e divulgação do Corpo Clínico, que eu venha a participar, em sites e redes sociais do HSV. Estou ciente que não são permitidas realização de fotos, filmagens ou gravações nas instalações do Hospital, bem como da marca do Hospital, seja em vestuários, localizações ou documentos, sem prévia e expressa autorização da Diretoria.

### **Repasse Médico**

Independente do valor de honorários médicos estarem ou não incorporados à conta hospitalar, os valores correspondentes são devidos ao profissional médico, e caso o pagamento seja efetuado ao Hospital, tais valores serão repassados ao médico credenciado, mediante apresentação dos documentos pertinentes para repasse. O repasse será realizado pelo Hospital, na situação acima prevista, de acordo com o determinado pela Diretoria.

### **Ética**

Declaro atuar de acordo com o Código de Ética Médica e com as demais resoluções emanadas do CFM e dos respectivos Conselhos Regionais.

---

**Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Solicitante**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**DIRETORIA TÉCNICA**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_