

Solicito meu credenciamento no Corpo Médico, nas seguintes especialidades:

**ATIVIDADE PROPOSTA**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Realização de Cirurgia e/ou procedimento ambulatorial | <input type="checkbox"/> Plantonista SIE (Emergência) | <input type="checkbox"/> Plantonista UTI 2        |
| <input type="checkbox"/> Internação Clínica                                    | <input type="checkbox"/> Plantonista PA               | <input type="checkbox"/> Atendimento Ambulatorial |
| <input type="checkbox"/> Realização de exames de imagem                        | <input type="checkbox"/> Plantonista UTI 1            | <input type="checkbox"/> Atividade Acadêmica      |

**FICHA CADASTRAL**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CRM/PR: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Consultório: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Lato Sensu:  Residência  Especialização  Pós-Graduação  ACLS

Stricto Sensu:  Mestrado  Doutorado  Pós-Doutorado

Especialidade: \_\_\_\_\_

**REFERÊNCIA PROFISSIONAL (2 MEMBROS DO CORPO CLÍNICO DO HCV)**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**OUTRAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS EM QUE ATUA**

1. \_\_\_\_\_

**RECEBE PAGAMENTO POR ALGUM CONVÊNIO?**

Não  Sim

Convênio: 1. \_\_\_\_\_ Código Credenciado: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

PA

Ambulatório

Internamento/Cirurgia

Quais procedimentos?

Não  Sim Atenderá SUS ?

Não  Sim Repasse via PJ ?

Declaro que as informações cadastrais e curriculares aqui prestadas são verdadeiras. Reconheço a minha responsabilidade em submeter-me aos regulamentos do Hospital, Código de Ética Médica e ao Regimento Interno do Corpo Médico.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

**PARECER DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO**

Não aprovado: \_\_\_\_\_

Aprovado: ( ) Docente ( ) Efetivo ( ) Eventual ( ) Temporário ( ) Médico Auditor Externo

Corpo Assistencial: ( ) AMA ( ) Retaguarda ( ) TSA ( ) Coordenador ( ) Recebe por Produção Médica

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Diretoria Técnica

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Diretoria do Corpo Médico