

	SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ <b>CADASTRO</b>	Data / /	
<input type="checkbox"/> <b>MÉDICO</b> <input type="checkbox"/> <b>INSTRUMENTADOR</b>			
Nome _____			
Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino	Estado Civil ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Outros	RG _____	Org. Emissor _____
Data de Nascimento	CPF _____	CRM _____	Estado Emissor _____
Especialidade Médica	Título de Especialista ( ) Não ( ) Sim Orgão Emissor: ( ) CNRM ( ) AMB ( ) Sociedade de Especialidades ( ) CFM		
Endereço Residencial _____			Nº _____
Complemento _____	Bairro _____	Cidade _____	UF _____
CEP _____	Tel .Celular _____	Tel. Residencial _____	
E-mail para contato e-mail: _____			
Endereço Comercial _____			Nº _____
Complemento _____	Bairro _____	Cidade _____	UF _____
CEP _____	Tel Consultório _____	FAX _____	
E-mail do consultório e-mail: _____			
Preenchimento obrigatório legível do responsável para Cadastro de Instrumentador: <input type="checkbox"/> Médico : _____ CRM: _____ <input type="checkbox"/> Empresa: _____ CNPJ: _____			
<b>HONORÁRIOS MÉDICOS - EM CASO DE COBRANÇA VIA HOSPITAL</b>			
Razão Social: _____ CNPJ: _____:			
<b>DADOS BANCÁRIOS</b>			
Banco _____ Cód. _____ Agência: _____			
Tipo de conta: ( ) Corrente ( ) Poupança      Nº _____ - ____			
Tempo para análise do cadastro: 7 dias úteis após apresentação de todos os documentos solicitados. A não apresentação de toda documentação no período de 30 dias, será desconsiderado a solicitação de cadastro.			
Versão: maio/2019			CAM 003 A
SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ		Data	

**CHECK LIST****Cadastro Médico:**

- Foto 3X4;
- Currículo Vitae atualizado;
- Cópia simples frente e verso da carteira do Conselho Regional de Medicina;
- Cópia simples do RG e CPF;
- Cópia simples frente e verso do Diploma de Graduação;
- Cópia simples da Conclusão da Residência Médica, credenciada pelo Conselho Nacional de Residência Médica - CNRM;
- Cópia simples do Título de Especialista com os respectivos registros, documentos da AMB e CFM
- Certidão ética profissional atualizada;
- Cópia da Carteira de vacinação atual ou Termo de Recusa de Apresentação da Carteira de Vacinação
- Declaração de quitação de anuidade do Cremesp;
- Carta de apresentação por médico credenciado no hospital
- Termo de Sigilo e Confidencialidade

**Cadastro de Instrumentador:**

- Foto 3 X 4
- Currículo Vitae atualizado
- Caso Profissional da Enfermagem - Cópia simples frente e verso da carteira do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) ;
- Cópia simples do RG e CPF;
- Certificado de Conclusão do Curso Específico;
- Cópia da Carteira de vacinação atual ou termo de recusa
- Carta de apresentação do Médico ou da Empresa cadastrada no Hospital.
- Termo de Sigilo e Confidencialidade

**DECLARAÇÃO**

Declaro p/fins de direito que como um médico sem qualquer outro vínculo com a Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz – Hospital Santa Cruz, e apenas usuário de suas instalações e equipamentos, sou o único responsável por todos os atos que venha a praticar ou seja praticados por auxiliares sob minha responsabilidade em meus pacientes, respondendo regressivamente caso qualquer ação seja movida contra a Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz – Hospital Santa Cruz.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo / Assinatura do profissional solicitante do cadastro

Obs1: Este cadastro será avaliado pela Diretoria Clínica baseado no Regimento Interno do HSC.

Obs2: A cada 3 anos, o cadastro médico é reavaliado. Os cadastrados sem utilização do serviço neste período, serão automaticamente desativados. No entanto poderá solicitar sua ativação a qualquer momento mediante apresentação de documentos solicitados.

**PARECER DA DIRETORIA CLÍNICA: ( ) Aprovado ( ) Pendente ( ) Temporário ( ) Não Aprovado**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo / Assinatura

Cadastro realizado por:

Data

/ /