

## Solicitação de Cadastro Médico

**Azul:** Deve ser preenchido pelo médico. | **Marron:** Deve ser preenchido pelo hospital.

### DADOS PESSOAIS

#### Hospital que deseja se cadastrar

<b>Nome</b>						
<b>Data de Nascimento</b>	/	/	<b>CRM</b>			
<b>CPF</b>			<b>RG</b>			
<b>Sexo</b>	Feminino	Masculino	<b>Estado Civil</b>	Casado(a)	Solteiro(a)	Outros
<b>Endereço Residencial</b>						
<b>Complemento</b>			<b>Bairro</b>			
<b>Cidade</b>		<b>UF</b>		<b>CEP</b>		
<b>Tel. Residencial</b>		<b>Tel. Celular</b>		<b>Outro</b>		
<b>Gostaria de participar do nosso grupo de whatsapp do corpo clínico?</b>				Sim	Não	
<b>E-mail</b>						
<b>Tamanho do Jaleco</b>	P	M	G	GG	EG	

### DADOS PROFISSIONAIS

<b>Endereço Comercial</b>					
<b>Complemento</b>			<b>Bairro</b>		
<b>Cidade</b>		<b>UF</b>		<b>CEP</b>	
<b>Telefone Comercial</b>			<b>Telefone Celular Comercial</b>		
<b>E-mail Clínica</b>					
<b>Site</b>	Não possui		<b>Facebook</b>	Não possui	
<b>Instagram</b>	Não possui		<b>Twitter</b>	Não possui	
<b>Faculdade</b>					
<b>Ano de Formatura</b>	Graduação		Mestrado		Doutorado
<b>Residência Médica</b>					
<b>Especialidade 1</b>					
<b>Especialidade 2</b>					
<b>Especialidade 3</b>					
<b>Treinamento em</b>	ACLS	ATLS		PALS	BLS
	/	/	/	/	/
<b>Hospitais que atua</b>					



### PARA USO DO RELACIONAMENTO MÉDICO

**Consulta CRM**      Ativo                      Inativo                      **Consulta CBI**                      Elegível                      Inelegível

**Consulta outros órgãos**

Ativo                      Inativo

**Consulta outros órgãos**

Ativo                      Inativo

**Documentação conferida por**

**Consultado em:**                      /                      /

**Kit Boas-Vindas** = Crachá de Acesso, jaleco Rede D’Or São Luiz, liberação do estacionamento, regimento interno, código de ética, protocolos institucionais e senha de acesso ao sistema.

**Chamado de Solicitação de Acesso**                      Cód Sistema (Tasy / MV / Outro)                      Usuário no Sistema (Tasy / MV / Outro)                      Código Protheus

<b>Enviado para aprovação</b>	<b>Aprovação recebida</b>	<b>Integração Realizada</b>	<b>Início das atividades</b>
/ /	/ /	/ /	/ /

***O prazo para a entrega da senha do sistema é de 10 dias úteis, o login de acesso e a senha será encaminhado para o e-mail cadastrado e a senha deve ser alterada após o primeiro acesso.***

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA MÉDICO - PESSOA FÍSICA (PF)

- |   |   |
|---|---|
| Ficha de Cadastro Preenchida Completa                                       | Certidão <b>Ético-profissional</b>  |
| Carta de Apresentação (modelo anexo)  | Certidão de Quitação de Contribuição do CRM (dentro do prazo de validade)   |
| Carteira de Identidade Profissional (CRM)                                   | Certificado do Curso de ACLS  |
| Cópia do RG   | Certificado do Curso de BLS   |
| Cópia do CPF  | Certificado de demais Cursos (ATLS, PALS, etc...)   |
| Cópia do Diploma (frente e verso)   | Ficha Cadastral CNES (anexa)  |
| Título de Especialista ou Residência Médica (frente e verso)                | Foto para identificação   |
| Cópia de Diplomas de Titulação, Acadêmicos e outros cursos (frente e verso) | Comprovante de Endereço   |
| Currículo atualizado e resumido ou Currículo Lattes                         | Carteira de Vacina - vacinas obrigatórias (Hepatite B - 3 doses, Dupla Adulto - à cada 10 anos, Tríplice Viral - 2 doses, Influenza H1N1 - ano vigente e Coronavírus) |
| Carteira Vacinal ou Termo Vacina (modelo anexo)                             |   |

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA EMPRESA - PESSOA JURÍDICA (PJ)

Cópia do **Certificado de Inscrição do CRM** atualizada

**Cópia da Inscrição Municipal (Atualizada)**

Cópia do **Cartão do CNPJ (Data de Emissão recente)**

**CNDT - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (Atual)**

Cópia do **Alvará de Funcionamento** (Taxa da Prefeitura (qualquer comprovante de taxa para à Prefeitura e em nome da empresa), Certificado do Corpo de Bombeiros ou SINTEGRA)

**Comprovante Bancário da em nome da Empresa** (com nome da Empresa, logomarca do banco, dados de agência e conta com dígito verificador Atual)

**Cópia do Comprovante de endereço em nome da Empresa** (caso não tenha, enviar comprovante em nome de um dos sócios com endereço da empresa atual)

**Cópia do Contrato Social e Alterações com registro na JUCESP.** A Rede D'Or não celebra contrato com empresas com único sócio (MEI, EIRELI, SPC e outros)

**Relatório de diligência** (disponibilizado pelo relacionamento médico) **preenchido e assinado a próprio punho.**

**Declaração de Domicílio comercial** preenchida e assinada.

***Caso algum campo não corresponda a sua empresa, favor destacar com "Não se Aplica".***

**Obs.** Todas as alterações contratuais que venham ocorrer após a vigência do contrato deverão enviar cópias para as devidas alterações.

### **Cadastro:**

Informamos que não receberemos e nem iniciaremos o cadastro de qualquer profissional/empresa com documentação pendente. O prazo para a realização do cadastro é de 15 dias úteis após a aprovação da diretoria e a atuação do profissional só é permitida após a finalização do cadastro.

Ressaltamos que, obrigatoriamente, toda a equipe deverá estar cadastrada para que o procedimento transcorra normalmente, bem como assistentes e instrumentadores.

### **Senha do Sistema:**

A senha de acesso ao sistema da unidade é individual e sigilosa, pedimos a gentileza que não compartilhem com demais membros da equipe. Assim que o cadastro for finalizado, o login e a senha de acesso ao sistema serão encaminhados para o e-mail cadastrado e a senha deve ser alterada após o primeiro acesso.