Foto

3X4

#### SOLICITAÇÃO DE CADASTRO

Médico Corpo Clínico Aberto

Médico Anestesista - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico Prestador de Serviço – Setor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no

CREMESP sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venho solicitar meu cadastramento como médico (a) do Corpo Clínico do Hospital Sírio-Libanês atuando na especialidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e áreas de atuação de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ver ANEXO I). Clínico Cirurgião

Concordo e autorizo que os dados pessoais, curriculares e profissionais sejam apreciados e verificados pela Comissão de Credenciamento, bem como outros que esta julgar necessários, guardados o sigilo e discrição devida.

Aceito e reconheço minha responsabilidade em me submeter ao Regimento Interno do Corpo Clínico do Hospital Sírio-Libanês e concordo com reavaliações periódicas da minha atuação no Hospital com a finalidade de manter meu cadastramento e concessão de privilégios.

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 o Hospital Sírio-Libanês 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.

Estou ciente de que o cadastro é valido por três anos, que após esse período serei reavaliado e poderei manter ou não o vínculo como médico do Corpo Clínico, exceto para Prestadores de Serviços.

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

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura)

**Dados Pessoais**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_ RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_O.E.\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do Cônjuge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome usual (para confecção do crachá) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereços**

Residencial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obrigatório para envio de comunicados)

Comercial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Língua Estrangeira**

* **Inglês Espanhol Outras - Qual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



Faculdade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formação Acadêmica**

Faculdade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formação Profissional**

Residência Médica (especialidade): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titulo de Especialista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área de Atuação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Títulos Acadêmicos (Mestrado, Doutorado, Docente)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Curso de Reanimação (assinalar e apresentar o certificado vigente)**

* **Sedação PALS ACLS Anestesia Segura (HSL)**



**Solicitação de Privilégios** - Especialidade (conforme tabela AMB 96) **(\*)**

1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que todas as informações cadastrais e curriculares aqui prestadas são verdadeiras, reconhecendo que declarações falsas ou omissões relevantes anulam a aceitação do pedido de cadastramento e privilégios.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura)

**Documentos para Médico Corpo Clínico Aberto / Anestesista**

- Cópia da carteira do Conselho (CRM);

- Cópia do RG;

- Certidão de Ética Profissional (emitir pelo site do CREMESP);

- Certidão de Quitação (emitir pelo site do CREMESP);

- Cópia do Diploma Graduação em Medicina **(Frente e Verso)**;

- Cópia do Título de Especialista ou Residência Médica **(Frente e Verso)** - (Mínimo 2 anos da data de conclusão);

- Carteira de Vacinação atualizada ou termo em anexo;

- Atestado de capacidade física e cognitiva;

- Currículo resumido atualizado;

- Uma foto 3X4 fundo branco;

- Cópia dos certificados do curso de reanimação (Obrigatório apenas para médico Anestesista);

- Indicação de 5 médicos com **5 anos de atuação no Corpo Clínico do hospital**, sendo que **pelo menos três exerçam atividade profissional semelhante à solicitada** pelo interessado e que estejam vinculados a comunidade médica **de CM1 a CM3**; (formulário em anexo)

- **Questionário em anexo**.

**Documentos para Médico Prestador de Serviço**

- Cópia da carteira do Conselho (CRM);

- Cópia do RG;

- Certidão de Ética Profissional (emitir pelo site do CREMESP);

- Certidão de Quitação (emitir pelo site do CREMESP);

- Cópia do Diploma Graduação em Medicina; **(Frente e Verso)**

- Cópia do Título de Especialista ou Residência Médica **(Frente e Verso)** - (Mínimo 2 anos da data de conclusão);

- Carteira de Vacinação atualizada ou termo em anexo;

- Atestado de saúde física e cognitiva;

- Currículo resumido atualizado;

- Uma foto 3X4 fundo branco;

- Carta de apresentação do médico do Corpo Clínico responsável pelo serviço.

Nome do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O formulário deverá ser entregue devidamente preenchido, com toda documentação em anexo, caso contrário não será aceito.**

**Para uso do SAM**

Consulta na Sociedade (Título Especialista)

Consulta da Anuidade CRM. (CREMESP)

**Conferido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*A Diretoria do Hospital Sírio-Libanês irá utilizar os dados contidos nesta ficha dentro da maior reserva possível, dando conhecimento de seu conteúdo apenas aos Membros da Comissão de Credenciamento.*

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

**Membro da Comissão de Credenciamento que avaliou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Conclusão da Comissão de Credenciamento:**

* **Aprovado**

* **Negado - Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Categoria:**

**Cadastrado**



**Credenciado**



**Assinatura do Diretor (a). Clínico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Privilégios da especialidade:**

* **Aprovados Negado**



p

**Cadastrado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**ESPECIALIDADES MÉDICAS RECONHECIDAS (Resolução CFM. 2.116/2015).**

Os médicos cadastrados poderão ter uma especialidade e até duas áreas de atuação reconhecidas.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Acupuntura | 12 | Cirurgia Pediátrica | 23 | Geriatria | 34 | Medicina Intensiva | 45 | Patologia |
| 2 | Alergia e Imunologia | 13 | Cirurgia Plástica | 24 | Ginecologia e Obstetrícia | 35 | Medicina Legal e Perícia Médica | 46 | Patologia Clinica/Medicina Laboratorial |
| 3 | Anestesiologia | 14 | Cirurgia Torácica | 25 | Hematologia e Hemoterapia | 36 | Medicina Nuclear | 47 | Pediatria |
| 4 | Angiologia | 15 | Cirurgia Vascular | 26 | Homeopatia | 37 | Medicina Preventiva e Social | 48 | Pneumologia |
| 5 | Cancerologia | 16 | Clinica Médica | 27 | Infectologia | 38 | Nefrologia | 49 | Psiquiatria |
| 6 | Cardiologia | 17 | Coloproctologia | 28 | Mastologia | 39 | Neurocirurgia | 50 | Radiologia e Diagnostico por Imagem |
| 7 | Cirurgia Cardiovascular | 18 | Dermatologia | 29 | Medicina da Família e Comunidade | 40 | Neurologia | 51 | Radioterapia |
| 8 | Cirurgia da Mão | 19 | Endocrinologia e Metabologia | 30 | Medicina do Trabalho | 41 | Nutrologia | 52 | Reumatologia |
| 9 | Cirurgia de Cabeça e Pescoço | 20 | Endoscopia | 31 | Medicina do Tráfego | 42 | Oftalmologia | 53 | Urologia |
| 10 | Cirurgia do Aparelho Digestivo | 21 | Gastroenterologia | 32 | Medicina Esportiva | 43 | Ortopedia e Traumatologia |  |  |
| 11 | Cirurgia Geral | 22 | Genética Médica | 33 | Medicina Física e Reabilitação | 44 | Otorrinolaringologia |  |  |

##### ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Administração em Saúde | 15 | Eletro fisiologia clinica invasiva | 29 | Mamografia | 43 | Nutrição Parenteral e Enteral pediátrica |
| 2 | Alergia e Imunologia pediátrica | 16 | Endocrinologia pediátrica | 30 | Medicina de urgência | 44 | Nutrologia Pediátrica |
| 3 | Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular | 17 | Endoscopia digestiva | 31 | Medicina do Adolescente | 45 | Pneumologia pediátrica |
| 4 | Atendimento ao Queimado | 18 | Endoscopia ginecológica | 32 | Medicina do Sono | 46 | Psicogeriatria |
| 5 | Cardiologia Pediátrica | 19 | Endoscopia respiratoria | 33 | Medicina fetal | 47 | Psicoterapia |
| 6 | Cirurgia Bariátrica | 20 | Ergometria | 34 | Medicina Intensiva Pediátrica | 48 | Psiquiatria da infância e adolescência |
| 7 | Cirurgia crânio-maxilo-facial | 21 | Foniatria | 35 | Medicina Paliativa | 49 | Psiquiatria forense |
| 8 | Cirurgia do Trauma | 22 | Gastroenterologia pediátrica | 36 | Medicina Tropical | 50 | Radiologia intervencionista e angiorradiologia |
| 9 | Cirurgia videolaparoscópica | 23 | Hansenologia | 37 | Nefrologia Pediátrica | 51 | Reprodução Humana |
| 10 | Cito patologia | 24 | Hematologia e hemoterapia pediátrica | 38 | Neonatologia | 52 | Reumatologia pediátrica |
| 11 | Densitometria Óssea | 25 | Hemodinâmica e cardiologia intervencionista | 39 | Neurofisiologia clinica | 53 | Sexologia |
| 12 | Dor | 26 | Hepatologia | 40 | Neurologia pediátrica (neuropediatria) | 54 | Toxicologia Médica |
| 13 | Eco cardiografia | 27 | Infectologia Hospitalar | 41 | Neurorradiologia | 55 | Transplante de Medulo Óssea |
| 14 | Ecografia vascular com Doppler | 28 | Infectologia pediátrica | 42 | Nutrição Parenteral e Enteral | 56 | Untrassonografia em ginecologia e obstetrícia |

Nome do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INDICAÇÕES:**

1. Nome: Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Para uso do SAM:**

Cadastro desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enviado em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone de Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome: Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Para uso do SAM:**

Cadastro desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enviado em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone de Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome: Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Para uso do SAM:**

Cadastro desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enviado em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone de Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome: Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Para uso do SAM**:

Cadastro desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enviado em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone de Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome: Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Para uso do SAM**:

Cadastro desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enviado em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone de Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020.

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico do corpo clínico da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, declaro que não mantenho qualquer tipo de relação com empresas que possam caracterizar conflito de interesses com minha atuação neste hospital:

Declaro também que caso, no futuro, eu venha a firmar algum tipo de relação com tais empresas informarei ao hospital imediatamente.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo)

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

**DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO COM FORNECEDORES**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico do corpo clínico da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, informo que mantenho relação com os seguintes fornecedores que atendem a minha demanda de insumos no Hospital Sírio-Libanês:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fornecedor | Relação com o fornecedor (\*) | Insumo (descrever) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(\*) consultor, palestrante, pesquisador, conselheiro, usuário ou outro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo)

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020.

**TERMO DE RECUSA EM APRESENTAR COMPROVAÇÃO VACINAL**

Eu, Dr(a.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ não apresentarei a comprovação vacinal e tampouco não receberei a(s) vacina(s) assinalada(s) abaixo.

(   ) Tríplice viral (Sarampo, caxumba e rubéola)

Motivo:

Se já tomou, qual a data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(   ) Influenza

            Motivo:

Se já tomou, qual a data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(   ) Dupla adulto

            Motivo:

Se já tomou, qual a data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(   ) Hepatite B

            Motivo:

Se já tomou, qual a data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(   ) Varicela

            Motivo:

Se já tomou, qual a data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estou ciente dos riscos ocupacionais relacionados a decisão de não manter o calendário vacinal atualizado, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo)

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020.

**DECLARAÇÃO DE IMUNIDADE PRÉVIA AO VÍRUS DA HEPATITE B**

Eu, Dr(a.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que realizei o exame e sou imunizado para hepatite B com positivação de anti-HBs. Contudo, não possuo cópia para apresentar ao hospital.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo)

Nome do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- Qual a razão de seu interesse em ser membro do Corpo Clínico do Hospital Sírio Libanês?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- Como poderá contribuir com o Hospital Sírio-Libanês na área assistencial ou acadêmica?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo)