

SOLICITAÇÃO DE CADASTRO MÉDICO

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____

Ao Hospital e Maternidade Metropolitano
Att, Diretoria Clínica

Prezados Senhores,

Pela presente, venho solicitar-lhes colocar a minha disposição suas instalações, equipamentos e serviços, dos quais pretendo valer-me para admitir, atender e tratar meus pacientes de acordo com as minhas qualificações na(s) especialidade(s) _____ que exerço como profissional autônomo.

Esclareço que meus honorários médicos serão pagos diretamente por meus pacientes e/ou convênio ou seguros-saúde de que façam parte, devendo as despesas hospitalares serem pagas diretamente pelos pacientes à Vossa Senhoria por essas mesmas fontes.

Dessa forma, não haverá vínculo trabalhista ou contratual de qualquer espécie entre a minha pessoa e este Hospital, uma vez que ambos nos consideraremos contratados diretamente pelos pacientes e/ou convênios ou seguro saúde de que façam parte.

Comprometo-me a manter a documentação para este cadastro e outras exigidas por lei atualizadas e informar, de forma oportuna, qualquer alteração cadastral e Titulações.

Declaro ainda, que estou ciente e de acordo com o Regimento Interno de Corpo Clínico, o qual me obriga a respeitar e cumprir.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.
Atenciosamente,

Médico solicitante (nome legível, assinatura e CRM).