

DADOS PESSOAIS E CONTATOS			
Nome:			
CRM:		CPF:	
Data de nascimento: / /	Nacionalidade:	Naturalidade:	
RG:	Órgão emissor:	Data de emissão: / /	
Filiação:			
Estado civil:			
Nome do cônjuge:			
Nome dos filhos:			
Telefone celular: ()			
E-mail:			
Na minha ausência contatar:		Tel.: ()	
ENDEREÇOS E TELEFONES			
Residencial			
Endereço:			Nº:
Complemento:		CEP:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Telefone:			
Consultório			
Endereço:			Nº:
Complemento:		CEP:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Telefone:			
ENDEREÇO PREFERENCIAL PARA CORRESPONDÊNCIA			
<input type="checkbox"/> Residencial		<input type="checkbox"/> Consultório	
SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO			
Solicito minha admissão no Corpo Clínico dos Hospitais do Grupo Américas Serviços Médicos:			
Rio de Janeiro			
<input type="checkbox"/> Americas Centro de Oncologia Integrado	<input type="checkbox"/> Americas Medical City	<input type="checkbox"/> Hospital e Maternidade Santa Lúcia	
<input type="checkbox"/> Hospital Pró-cardíaco	<input type="checkbox"/> Hospital Samaritano Botafogo		
São Paulo			
<input type="checkbox"/> Hospital Alvorada	<input type="checkbox"/> Hospital Carlos Chagas	<input type="checkbox"/> Hospital de Clínicas de Caieiras	
<input type="checkbox"/> Hospital Ipiranga Mogi	<input type="checkbox"/> Hospital e Maternidade Madre Theodora	<input type="checkbox"/> Hospital Paulistano	
<input type="checkbox"/> Hospital e Maternidade Metropolitano	<input type="checkbox"/> Hospital e Maternidade Ipiranga Arujá	<input type="checkbox"/> Hospital Vitória Anália Franco	
<input type="checkbox"/> Hospital Samaritano Higienópolis	<input type="checkbox"/> Hospital Samaritano Paulista	<input type="checkbox"/> Americas Medicina e Saúde	
Distrito Federal			
<input type="checkbox"/> Hospital Alvorada - Brasília			
Ceará		Pernambuco	Rio Grande do Norte
<input type="checkbox"/> Hospital Monte Klinikum - Fortaleza		<input type="checkbox"/> Hospital Santa Joana - Recife	<input type="checkbox"/> Hospital Promater - Natal
Importante: A solicitação de cadastro deve ser de acordo com o estado de inscrição de seu(s) CRM(s).			
Será membro de alguma equipe do (s) Hospital (is)?			
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual o nome da equipe e do chefe da equipe?			
Campo ao lado exclusivo para assinatura		<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">→</div>	
FAVOR NÃO CARIMBAR			

DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES

Documentos necessários (cópia simples):

- Carteira do CRM.
- Certidão Ético-Profissional atualizada.
- Termo de quitação do CRM.
- Diploma Médico (frente e verso).
- Certidão de conclusão da Residência Médica (reconhecida pelo MEC e CNRM) (frente e verso).
- Título de especialista (emitido pela AMB ou sociedades correspondentes) (frente e verso).
- Carteira de vacinação atualizada (frente e verso, contendo as seguintes vacinas: difteria, tétano, hepatite B, influenza, sarampo, caxumba e rubéola).
- Currículo resumido ou link do currículo Lattes.

>>> Cursos obrigatórios a todos os médicos conforme especialidade: enviar cópias frente e verso, dentro da data de validade:

ACLS: Emergencistas e Intensivistas Adultos, Hospitalistas, Anestesiastas, Hemodinamicistas.

PALS: Emergencistas Pediátricos, Intensivistas Pediátricos, Neonatologistas, Anestesiastas que atendem crianças, médicos do setor de Hemodiálise Pediátrica e hemodinamicistas pediátricos.

BLS (Oficial da AHA) ou RCPB (Ressuscitação Cardiopulmonar Básica para profissionais da saúde - Curso online oferecido pela UHG): Médicos da Medicina Diagnóstica.

RCPB: (Ressuscitação Cardiopulmonar Básica para Profissionais da Saúde - Curso online oferecido pela UHG): Todos os médicos que não tenham a exigência de curso avançado ou curso básico presencial.

Caso não tenha o curso relacionado à sua especialidade ou o mesmo esteja vencido, poderá realizar o curso e entregar o certificado atualizado em até 3 meses no setor de Relacionamento Médico da unidade.

Entre em contato com o Relacionamento Médico da(s) Unidade(s) para maiores informações quanto a realização dos cursos.

RELACIONAMENTO MÉDICO AMERICAS SERVIÇOS MÉDICOS

Telefones:

- São Paulo: (11) 2755-2607
- Rio de Janeiro: (21) 3263-2610
- Hospital Alvorada Brasília: (61) 3799-1022
- Hospital Santa Joana Recife: (81) 3216-6616
- Hospital Promater Natal: (84) 3204-0743
- Hospital Monte Klinikum Fortaleza: (85) 4012-0012 (Ramal 187)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Caso os documentos sejam enviados por e-mail, pedimos a gentileza de anexar os arquivos em PDF. O cadastro somente estará confirmado após envio da documentação completa e análise da Diretoria da(s) Unidade(s).

A renovação de documentos é de responsabilidade do médico cadastrado e deverá ocorrer a cada 3 (três) anos. Eventuais atualizações cadastrais, tais como: entrada/saída em equipes, novas especializações/competências clínicas, mudanças de endereços, e-mails e telefones devem ser informadas, sempre que houverem, ao Relacionamento Médico da(s) unidade(s).

A não realização dos cursos obrigatórios e/ou a não renovação de documentos são passíveis de descredenciamento.

TERMOS E DECLARAÇÕES

Solicite ao cadastro médico local sua ficha de competências clínicas. Elas deverão ser atribuídas de acordo com os Certificados/especializações apresentados. A renovação destas competências será avaliada anualmente pela Diretoria Médica do hospital de acordo com os critérios previamente estabelecidos.

Afirmo que tomei conhecimento e declaro anuência ao Regimento do Corpo Clínico dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos, às suas normas e determinações administrativas.

Autorizo os Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos, pela sua Comissão de Credenciamento e Corpo Médico, a diligenciar junto a outros Hospitais e Instituições de Saúde para conferir as informações sobre minhas qualificações, saúde e competências.

Reconheço e aceito que, caso seja admitido no Corpo Médico dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos, trabalharei em regime de autonomia absoluta, sem que se manifeste de consequência qualquer relação empregatícia com os Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos.

Neste mister, e nos limites da ética e da boa-fé, isento-os de quaisquer responsabilidades.

_____, _____ de _____ de 20____.

Nome legível do médico(a) solicitante, CRM e visto OU carimbo com CRM e visto

A Diretoria dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos irá utilizar os dados contidos nesta ficha dentro da maior reserva possível, dando conhecimento ao seu conteúdo, apenas aos membros da Comissão de Credenciamento Médico.

TERMOS E DECLARAÇÕES

Não aplicável para médicos CLTs

Declaração

Declaro para os devidos fins que os documentos, informações cadastrais e curriculares anexos ao presente pedido de habilitação profissional para credenciamento aos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos, representam a verdade. Estou ciente que eventuais omissões ou declarações falsas acarretarão na nulidade do presente requerimento e de eventual credenciamento ao corpo clínico dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos.

Autorização

Estou ciente que as informações e documentos apresentados serão avaliados pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico de cada um dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos. Desde já autorizo o Diretor Técnico e Diretor Clínico do Hospital a proceder com diligências perante outras instituições de saúde a fim de obter referências, conferência de qualificações, competências e comportamento em relação à comunidade médica e hospitalar.

Credenciamento

Estou ciente que a habilitação é a apresentação preliminar de documentos para credenciamento ao corpo clínico dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos e que a efetivação dependerá dos critérios estabelecidos pelas comissões de credenciamento dos respectivos Hospitais.

Declaro estar de acordo com as respectivas regras, presentes no Regimento Interno do Corpo Clínico e das diretrizes de credenciamento.

Conformidade

Estou de acordo com as regras de compliance e anticorrupção adotadas pelos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos. Desde já declaro estar de acordo com a realização dos treinamentos obrigatórios para membros do corpo clínico, especialmente aqueles relacionados ao compliance e qualidade, bem como com as regras internas dos hospitais, fornecimento de OPME, medicamentos, boas práticas reconhecidas pelo CFM, regimento interno do corpo clínico, manual de conduta e outros.

Autonomia e responsabilidade

Declaro estar ciente que o médico credenciado atua com autonomia técnica, não havendo qualquer responsabilidade dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos sobre as condutas profissionais e técnicas adotadas por mim para os meus pacientes. Desde já concordo em observar as políticas institucionais, rotinas, fluxos internos, regulamentos e regimentos internos dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos, especialmente quanto ao relacionamento com paciente e colaboradores, boas práticas, OPME e outros.

Confidencialidade e Proteção de Dados

As informações e documentos fornecidos serão utilizados exclusivamente para fins de credenciamento e cadastro no corpo clínico dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos.

Desde já autorizo, em caso de credenciamento, a divulgação de meus dados no site dos Hospitais do Grupo Americas Serviços Médicos aos quais estarei credenciado, como profissional integrante do corpo clínico. Autorizo ainda o Hospital a encaminhar para o meu e-mail ou através de mensagem por telefone celular convites, informativos e outras comunicações relacionadas ao corpo clínico e as atividades do grupo.

Autorização de uso de imagem

Desde já autorizo a utilização de minha imagem para divulgação de eventos médicos, eventos institucionais e divulgação do corpo clínico em sites e páginas de rede sociais institucionais.

Estou ciente que não são permitidas realização de fotos, filmagens ou gravações nas instalações do Hospital ou utilizando vestuário com a logomarca do hospital, sem prévia e expressa autorização. Imagens com pacientes somente serão permitidas desde que não exponham a logomarca do Hospital ou qualquer área do recinto e somente devem ser realizadas mediante solicitação e com o consentimento expresso do paciente.

Ética

Declaro atuar de acordo com o Código de Ética Médica Profissional (2018) e com as demais resoluções emanadas do CFM e dos respectivos Conselhos Regionais, especialmente as resoluções 1614/2001, 1956/2010 e 273/2015, sem prejuízo de outras.

_____, _____ de _____ de 20____.

Nome legível, CRM e visto OU carimbo com CRM e visto