|  |
| --- |
| **TERMO DE CIÊNCIA** |
| Declaro que fui informado que somente poderei exercer minha função de médico no Hospital e Maternidade Santa Helena, desde que cadastrado no Corpo Clínico conforme Resolução do CFM.  Declaro que inadvertidamente compareci hoje na unidade sem o devido cadastro e que precisarei participar do procedimento por não haver tempo hábil para cadastro neste caso específico.  **Comprometo-me a realizar meu cadastro em no máximo um mês**, a contar a partir da data de hoje, seguindo as recomendações propostas a seguir, ciente de que a não finalização do cadastro impedirá minha entrada em outros procedimentos a partir da data estabelecida, bem como comprometerá meus recebimentos. |
| **TRÂMITES PARA CADASTRO DE MÉDICO NO CORPO CLÍNICO DO HMSH** |

|  |  |
| --- | --- |
| Médico | Entrar em contato com o SAME por telefone ou por e-mail: [orcamento@clinicasantahelena.com.br](mailto:orcamento@clinicasantahelena.com.br) e solicitar a lista de documentos necessários (a lista será enviada por e-mail); |
| Fornecer e-mail e telefone para contato; |
| Escolher uma forma de comunicação para receber comunicados da instituição: grupo de mensagem, e-mail ou transmissão direta; |
| Entregar a lista de documentos no SAME:   1. Cópia dos documentos (RG, CPF, comprovante de residência); 2. Uma foto 3 x 4 cm impressa ou escaneada com extensão jpeg., de boa resolução; 3. Cópia do diploma de médico; 4. Cópia da carteira do CRM inscrito no CREMESE com número do CRM; 5. Cópia da Certidão Negativa de Débito emitida no site do CREMESE; 6. Cópia(s) do(s) certificado(s) de residência médica (ou do estágio/pós-graduação/área de atuação); 7. Cópia do(s) título(s) de especialização da sociedade a que pertence (TEP, TEA, TEGO, etc) para quem prestou o título; 8. Cópia do certificado com título de Mestre ou Doutor (no caso de ter a titulação específica); 9. Cópia do currículo atualizado; 10. *CNPJ da empresa do médico (o HMSH não faz repasse como pessoa física e os pagamentos começam a ser liberados a partir do dia 15 do próximo mês);* 11. *Dados bancários para depósitos.* |
| Assinar o termo de recebimento do regimento interno e do manual de condutas durante a entrevista com o diretor clínico/técnico da instituição. |

|  |
| --- |
| **DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **NOME COMPLETO\*** |  | **TELEFONE \*** |  | | **CPF DO MÉDICO\*** |  | **CRM\*** |  |   \* Dados obrigatórios para não impedir faturamento  Declaro ciência das afirmações supracitadas e me comprometo a enviar a documentação:  Assinatura do médico  Aracaju, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_\_  ***Assinar em duas vias, encaminhando a original para o setor de cadastros médicos (SAME/Orçamento)*** |
| **CIÊNCIA (diretor técnico ou clínico)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do diretor técnico ou clínico |