|  |
| --- |
| **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 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 faturamentoDeclaro ciência das afirmações supracitadas e me comprometo a enviar a documentação:Assinatura do médicoAracaju, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/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 |