

	TERMO DE CIÊNCIA	NOME DO MÉDICO
	PARTICIPAÇÃO DE PROCEDIMENTO SEM CADASTRO PRÉVIO NO HMSH	

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@clnicasantahelena.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: <ol style="list-style-type: none"> 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. <i>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);</i> 11. <i>Dados bancários para depósitos.</i>
	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