

Documentos necessários para cadastro: (frente e verso) : CRO, Diplomas de Graduação e Residências em Odonto, Títulos de Especialização, Currículo Resumido, 01 foto 3x4, Certificado Ético (CROSP), Carteirinha de vacinação atual. **Para cadastro de Pessoa Jurídica:** Contrato Social, Cartão CNPJ e Comprovante de C/C Pessoa Juridica . **O processo de credenciamento terá início somente mediante apresentação de todos os documentos solicitados,** os quais deverão ser entregues pessoalmente no HIS 16º andar-SAM , ou de forma digitalizada para sam@sabara.com.br

Nome: _____		Nome p/Crachá: _____	
Principais áreas de interesse: _____		Cat. De Credenciamento: ☐ Interno ☐ Externo	
Especialidade: _____		CRO: _____ Equipe: _____	
CPF: _____	RG: _____	Dt de Nascto: ____ / ____ / ____	
Endereço Residencial: _____			
Bairro: _____			
CEP: _____	Cidade: _____	Est. _____	
Fone Contato.: _____		Celular : _____	
E-Mail: _____			
Endereço Consultório: _____			
Bairro: _____			
CEP: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone Coml.: _____
Convênios que atende: _____			
Indicado Por (2 profissionais credenciados): _____			

Formação Acadêmica Superior / Curso: _____		
Instituição (faculdade).: _____		Ano/Conclusão.: _____
Residência 1: _____		
Instituição (Hospital): _____		Ano/Conclusão.: _____
Residência 2: _____		
Instituição (Hospital): _____		Ano/Conclusão.: _____
Título Especialista 1: _____	Instituição: _____	Ano: _____
Título Especialista 2: _____	Instituição: _____	Ano: _____
Mestrado: _____	Instituição: _____	Ano: _____
Doutorado: _____	Instituição: _____	Ano: _____
Livre Docência: _____	Instituição: _____	Ano: _____

Pessoa Jurídica		
Empresa: _____		
CNPJ _____		
Banco: _____	Agência: _____	Conta: _____

Em caso de algum problema de saúde, entrar em contato com:

Contato _____	Celular : _____
Seguro Saude atual: _____	Carteirinha Nº: _____
Hospital de referencia preferencial: _____	

Concessão de Privilégios Odontólogos			
	Odontólogo	Diretoria	
Privilégios	Solicitado	Concedido	Negado
Privilégios para odontologia Pediátrica Geral: Internar, avaliar, diagnosticar. Reabilitação de arcada dentária, Endodontia básica, Periodontia básica, Cirurgia oral básica			
Privilégios Periodonticos Principais: Cirurgia óssea, enxertos, cirurgia muco gengival, extrações e inclusões associadas a periodontia, exposição cirurgica dos dentes.			
Procedimentos Cirurgicos Especiais : estes privilégios incluem a capacidade de realizar cirugias e procedimentos complexos.			
Anestesia Local			
Privilégios Clínicos Especiais: estes privilégios incluem a capacidade de realizar atividades específicas: _____			
Consultorios/Centro de Excelência SABARÁ: Especialidade_____			
Privilégio - Coordenar Equipes: este privilégio inclui a capacidade de coordenar equipes.			
Crítérios para a concessão de privilégios Apresentação de Documentos comprobatórios: Certificado de conclusão de Residencia e/ou Curso de Especialização Titulo de especialista Experiência comprovada (relatório de cirurgias realizadas em outras instituições)			
Declaro que li e entendi os critérios para a concessão de privilégios principais e especiais e, ao solicitar os privilégios mencionados acima, confirmo que tenho experiência e/ou treinamento adequado.			
_____		Data: ____/____/____	
Assinatura do Odontólogo			
Após entrevista com o profissional e apresentação dos documentos solicitados, informamos que o mesmo encontra-se apto a exercer as funções em sua área de especialização nesta instituição, conforme a categoria de credenciamento indicada acima.			
Diretoria Técnica ou Clínica: _____		Data da Aprovação: ____/____/____	
		Data de Desligamento ____/____/____	
Controle Interno ☐ CRO ☐ Diplomas ☐ Titulo de Especialização ☐ CV resumido ☐ Certif. De Residencia ☐ Foto ☐ Carteirinha de vacinação ☐ Contr.Social ☐ Compr.c/c PJ ☐ Cartão CNPJ			
Observações: _____		Data do Recebimento: ____/____/____	
Avenida Angelica, 1987 - Higienopolis - CEP.01227-200 São Paulo / SP Tel.: (011) 3155 2800 faleconosco@sabara.com.br Pg 02 Versão 5_Mai/2015			