

Cod. MV: \_\_\_\_\_ (Preenchimento pelo SAM)

O processo de credenciamento terá início mediante apresentação de todos os documentos solicitados, os quais deverão ser entregues pessoalmente no HIS 16º andar | Relacionamento Médico, ou enviados de forma digitalizada para [relacionamentomedico@sabara.com.br](mailto:relacionamentomedico@sabara.com.br).

<b>DADOS PESSOAIS</b>		<b>Nome para crachá:</b>	
<b>Nome completo:</b>			
Especialidade:		CRM:	
CPF:	RG:	Data de Nascto: __/__/____	
Estado Civil:			
E-mail:		Celular: ( )	
<b>VÍNCULOS</b>	É membro de alguma Equipe? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual?		
É membro da equipe de Retaguarda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual?			
<b>Endereço Residencial:</b>			
Bairro:		CEP:	
Telefone: ( )	Cidade:	Estado:	
<b>Endereço Consultório:</b>			
Bairro:		CEP:	
Telefone: ( )	Cidade:	Estado:	
<b>Instituições em quais atua:</b> <i>Por favor, se possível, informe o Cargo:</i>			
<b>Vínculos Hospitalis- Escola:</b> <i>Por favor, se possível, informe o Cargo:</i>			

<b>Formação Acadêmica Superior/Curso:</b>		
Instituição (Faculdade):		Ano (Conclusão):
<b>Residência Médica 1:</b>		Ano (Conclusão):
Instituição (Faculdade):	Local (Hospital):	
<b>Residência Médica 2:</b>		Ano (Conclusão):
Instituição (Faculdade):	Local (Hospital):	
<b>Título de Especialista 1:</b>		
Instituição:		Ano (Conclusão):
<b>Título de Especialista 2:</b>		
Instituição:		Ano (Conclusão):
<b>Mestrado:</b>	Instituição:	Ano:
<b>Doutorado:</b>	Instituição:	Ano:
<b>Livre Docência:</b>	Instituição:	Ano:
<b>Curso de Suporte a Vida:</b> <input type="checkbox"/> CIAPED <input type="checkbox"/> ATLS <input type="checkbox"/> ACLS <input type="checkbox"/> PALS <input type="checkbox"/> CUESRP do HIS		Ano (Conclusão):

<b>PESSOA JURÍDICA (quando aplicável):</b>		
CNPJ:		
Banco:	Agencia:	Conta:
<b>Em caso de algum problema de saúde, entrar em contato com:</b>		
Telefones:	Seguro Saúde Atual:	
Hospital de referência preferencial:		

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CADASTRO

<input type="checkbox"/>	Formulário de Cadastro Médico preenchido
<input type="checkbox"/>	01 Foto 3X4 (fundo branco/ sorrindo)
<input type="checkbox"/>	01 Cópia simples frente e verso da Carteira do Conselho Regional de Medicina
<input type="checkbox"/>	01 Currículo Resumido ou Link do Currículo Lattes
<input type="checkbox"/>	01 Cópia simples frente e verso do Diploma de Graduação
<input type="checkbox"/>	01 Cópia simples frente e verso do Certificado de Conclusão de Residência Médica
<input type="checkbox"/>	01 Cópia simples frente e verso do Título de Especialista
<input type="checkbox"/>	Carta de Recomendação assinada e carimbada por médico credenciado ao HIS há mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	Certificado Ético Profissional (impresso nos últimos 3 meses da data atual)
<input type="checkbox"/>	Formulário de Concessão de Privilégios preenchido e assinado
<input type="checkbox"/>	01 Cópia simples frente e verso da Carteira de Vacinação e/ou Formulário de Histórico de Doenças Infecto Contagiosas e Situação Vacinal preenchido
<input type="checkbox"/>	Cópia simples frente e verso de Certificado de Curso de Suporte Básico/ Avançado de Vida <b>(opcional)</b>
<input type="checkbox"/>	Declaração de participação no Exame do Cremesp <b>(opcional)</b>
<b>CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA (quando aplicável)</b>	
<input type="checkbox"/>	01 Cópia Simples frente e verso Contrato Social
<input type="checkbox"/>	01 Cópia Simples frente e verso Cartão de CNPJ
<input type="checkbox"/>	01 Cópia Simples frente e verso Comprovante de Conta Corrente da empresa

Estou plenamente consciente de que, ao fazer a presente solicitação, comprometo-me com as políticas, regulamentos, regimentos e normas da Organização para a qual os privilégios estão sendo pleiteados. Também confirmo que minha responsabilidade profissional abrange esses privilégios, segundo minha formação/habilitação/certificação, as quais evidencio através dos documentos apresentados.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do médico

Após apresentação e avaliação dos documentos solicitados, informamos que o mesmo encontra-se apto a exercer as funções de médico em sua área de especialização nesta instituição, conforme a categoria de credenciamento indicada acima e privilégios aprovados.

Data Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diretoria Clínica

**HISTÓRICO DE DOENÇAS INFECTO - CONTAGIOSAS E SITUAÇÃO VACINAL**

Este formulário tem a finalidade de levantar informações que auxiliem no gerenciamento de riscos biológicos à segurança dos cuidadores, corpo clínico e pacientes do Hospital Infantil Sabará.

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

<b>HISTORICO DE DOENÇAS INFECTO - CONTAGIOSAS</b>			
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>TENHO DUVIDA</b>
Varicela (catapora)?			
Caso não, recebeu 2 doses de vacina Varicela?			
Sarampo?			
Caxumba?			
Rubéola?			
<b>SITUAÇÃO VACINAL</b>			
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Recebeu as 3 doses da vacina contra Hepatite B			
Realizou o exame Anti - HBs ( <i>dosagem de anticorpos contra Hepatite B</i> ) após o término do esquema vacinal?			
Se realizou o exame Anti Hbs, qual o resultado?      ( ) Reagente      ( ) Não Reagente      ( ) Não sei			
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
Recebeu vacina Tríplice Viral - <i>Sarampo, Caxumba e Rubéola</i> (1 dose), após 20 anos de idade.			Se sim, data da vacina (ano)
O último reforço da Vacina contra Difteria e Tétano ( <i>dT</i> ) foi há menos de 10 anos?			Se sim, data da vacina (ano)
Tomou vacina contra <i>Influenza (gripe)</i> ?			Se sim, data da vacina (ano)

Estou ciente que:

- ✓ Caso não tenha realizado o esquema vacinal completo contra Hepatite B (3 doses), a Tríplice Viral-SCR (01 dose após os 20 anos), e o último reforço da DT-Difteria e Tétano tiver mais de 10 anos, a situação vacinal deverá ser regularizada;
- ✓ A vacina contra Varicela (catapora) está indicada para os cuidadores que não tiveram a doença;
- ✓ A DTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche) está indicada para os cuidadores da UTI- Pediátrica.

Será entregue via gestor um encaminhamento para completar seu esquema vacinal, caso necessário.

Devolver o questionário preenchido ao supervisor, no prazo máximo de **15 dias** após recebimento.

Anexar cópia de carteira vacina ao documento.

Declaro verdadeiras as informações mencionadas.

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_