

Código: IQ-077

Rev:00 Data: FEV/17

DATA:		CĆ	ánico i	NTERNO:		Data. TEV/I		
DATA.	IDENT	TIFICAÇÃO	ו טטוטכו	INTLINIO.				
Name	IDLINI	IFICAÇÃO						
Nome:								
Apresentado (a) por:								
Setor de atuação:		5070 374						
Sexo: () Feminino () Masculino	Data de nas	cimento:				FOTO 3X4		
CPF:	RG:							
ISSQN:	INSS:							
Estado Civil:	Celular:							
Naturalidade: UF: Nacionalidade:								
Conselho Regional de Medicina (CRM) – có	digo nº:							
Email (em letra legível):		, T						
Nome no crachá:				alidade no	crachá	i:		
	FORMAÇÃ	O ACADÊM	IICA					
Faculdade:								
Ano formatura:	Título Especia	alista em:						
Instituição de Especialização/Residência M	lédica:							
Órgão regulamentador da Residência Méd	ica:							
Especialidade Principal: Título Especialista em:								
Pós-graduação:								
Mestrado:								
MBA:								
Doutorado:								
Outro (s):								
	ENDEREÇ	O COMERC	IAL					
Rua/Av.:								
Nº:		Comple	mento:					
Bairro:		Cidade:				UF:		
EP: Tels: ()						•		
Outros locais de trabalho:								
Tels: ()								
	ENDEREÇO	RESIDENC	CIAL					
Rua/Av.:		Nº:			Comp	ol:		
Bairro:	С	idade:			-	UF:		
CEP:	To	els: (1		
Declaro ter recebido o Código de Conduta do Ins			Minas C	Gerais – Hos	pital Vi	la da Serra, tê-lo lido e me		
omprometo a cumpri-lo, sem qualquer restrição	,							
omprometo a campir-io, sem qualquer restrição	,.							
	A i t							
	Assinatui	ra do Méd	ICO					
Chefe da Clínica	_	_	 Dire	tor Clínico	ou Dir	etor Técnico		
CHETE da Cillica			C		III			



Código: IQ-077 Rev:00

Data: FEV/17

Documentação:

- (x) Fichas de Cadastro;
- (x) Número de INSS e ISSQN;
- (x) 2 fotos 3x4 (para crachá e Sistema de Cadastro do HVS);
- (x) Xerox da Carteira do Conselho;
- (x) Xerox da Carteira de Identidade;
- (x) Xerox do Diploma;
- (x) Xerox do Título de Especialização;
- (x) Xerox do comprovante de endereço atualizado;
- (x) Cópia cartão de Vacinas Tétano- Difteria e Hepatite B;
- (x) Comprovante pagamento última anuidade CRM.

OBS: para documentação enviada pelo correio, (Av. Alameda Oscar Niemeyer, nº 499 -3º andar — Bairro Vila da Serra — Cep: 34.000-00 / Nova Lima — MG). A documentação deverá ser direcionada ao setor de CRM-Central de Relacionamento Médico.



Código: IQ-077 Rev:00

Data: FEV/17

INFORMAÇÕES SOBRE REDE CREDENCIADADO MÉDICO - ANEXO I

Nome por extenso (letra legível):						
CRM:	CPF:					
DADOS BANCÁRIOS						
Banco:	Nº do banco:					
Conta Corrente:	№ da Agência:					
MARQUE ABAIXO OS CONVÊNIOS QUE ATENDE						
() BRADESCO SAÚDE	() SUL AMÉRICA					
() CAIXA - PAMS	() UNIMED (Código identificador):					
Indique abaixo outros convênios que você possui que não estão na lista acima:						
1.	7.					
2.	8.					
3.	9.					
4.	10.					
5.	11.					
6.	12.					

- Favor entregar o cadastro com os respectivos documentos para:
 - No espaço CRM Central de Relacionamento Médico 3º andar (31) 3228-8177 Alameda Oscar Niemeyer, 499 Vila da Serra Nova Lima MG CEP: 34000-000
- Observação: Caso haja mudança de endereço, e-mail, telefones, obtenção do título de especialidade (em caso de residentes) depois da realização do cadastro, favor avisar-nos para que as alterações sejam realizadas.



Código: IQ-077 Rev:00

Data: FEV/17

DECLARAÇÃO - ANEXO II

Estou ciente das recomendações da Vigilância Sanitária de que todos os médicos da instituição devem apresentar cartão de vacinação e ou exames laboratoriais comprovando estar imunizado de Tétano, Difteria e Hepatite B. O Hospital Vila da Serra disponibiliza, periodicamente, em campanhas de vacinação as referidas vacinas e recomenda a todos os seus funcionários e ao corpo clínico atualização de sua imunização. Mesmo ciente disso, me reservo o direito de comprovar parcialmente as referidas imunizações, ou não comprová-las, me responsabilizando por esta atitude.

Nova Lima,/				
			_	
Nome Co	mpleto			CRM
		Assinatura		



Código: IQ-077 Rev:00

Data: FEV/17

CARTA DE APRESENTAÇÃO - ANEXO III

Apresento Dr. (a)	, CRM,					
para ingressar no Corpo Clínico do Hospital Vila da Serra na área de						
Informo que trata-se de um profissional idôneo e comprometido.						
Nova Lima,/						
Assinatura e Carimbo						



Código: IQ-077 Rev:00

Data: FEV/17

DECLARAÇÃO – ANEXO IV

Declaro	para	fins	de	comprovação	perante	О	Hospital	Vila	da	Serra,	que	eu	Dr.
							CRM 1	۷°			, fui	inform	nado
pela Central de I	Relacior	nament	to Mé	dico, de que	o Hospital	Vila	da Serra é	Institu	ição I	ntegrant	e da C	ertific	ação
Canadense, que v	isa, sob	retudo	, à se	gurança do pac	iente.								
Nesta inst	tituição,	de acc	ordo c	om Art. 156° (I	ntervençõe	s e tr	atamentos	médico	-cirúr	gicos arb	itrários	s), o Te	ermo
de Consentiment	o Inforn	nado d	eve s	er realizado en	n 100% das	ciru	rgias, para	tratame	entos	e interve	nções	propo	stas,
hemotransfusões	e transf	ferênci	as int	erhospitalar.									
Estou cie	nte de d	que, al	ém do	o documento d	levidament	e ass	inado, con	forme o	dispos	to no Ar	i. 15 7°	(Deve	r de
esclarecimento),	o cons	entime	ento s	só é eficaz qu	uando o p	acien	te tiver si	do dev	ridame	ente esc	arecid	o sobi	re o
diagnóstico e pos	síveis co	onsequ	iência	s da intervençã	ão ou do tr	atame	ento institu	ıído. A	equipe	e multipr	ofissio	nal do	HVS
deverá assegurar	que o p	aciente	e tenh	a conheciment	o à cerca d	o Plai	no Terapêu	tico qu	e lhe f	oi propos	sto.		
Estou cie	nte de (que o	Conse	entimento Info	rmado é u	m dir	eito dos p	aciente	s e ur	n dever	de tod	10 0 C	orpo
Clínico do Hospita	al Vila da	a Serra											
Nova Lima,	_/	J											
				Non	ne Complet	o CR	М						



Código: IQ-077 Rev:00

Data: FEV/17

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO							
Solicitamos à Equipe Multidisciplinar do Hospital Vila da Serra o preenchimento do questionário abaixo							
(breve histórico) com intuito de promoção de ações de saúde dirigidas aos senhores (as).							
Nome:	0055170						
Data de nascimento:	CREFITO:						
Especialidade:							
Você é portador de alguma patologia?	DISLIPEDEMIA () NÃO () SIM						
HIPERTENSÃO () NÃO () SIM DISLIPEDEMIA () NÃO (
	DIABETES () NÃO () SIM VARIZES DE MMII () NÃO () SIM						
DEPRESSÃO () NÃO () SIM	CANCER () NÃO () SIM						
ASMA/BRONQUITE () NÃO () SIM	INSUFICIÊNCIA CORONARIANA () NÃO () SIM						
ARRITMIA () NÃO () SIM							
PATOLOGIA RENAL () NÃO () SIM. Qual:							
PATOLOGIA DA TIREÓIDE () NÃO () SIM. Qual:							
OUTROS:							
Faz uso de algum MEDICAMENTO? Favor especificar:							
HISTÓRIA PREGRESSA							
PATOLOGIAS:							
CIRURGIAS:							
HISTÓRIA FAMILIAR							
HIPERTENSÃO () NÃO () SIM	DISLIPEDEMIA () NÃO () SIM						
DIABETES () NÃO () SIM	VARIZES DE MMII () NÃO () SIM						
DEPRESSÃO () NÃO () SIM	CANCER () NÃO () SIM						
ASMA/BRONQUITE () NÃO () SIM	INSUFICIÊNCIA CORONARIANA () NÃO () SIM						
ARRITMIA () NÃO () SIM							
PATOLOGIA RENAL () NÃO () SIM. Qual:							
PATOLOGIA DA TIREÓIDE () NÃO () SIM. Qual:							
OUTROS:							