

CADASTRO MÉDICO

SOLICITAÇÃO DE CADASTRO MÉDICO

Eu, _____, inscrito no CREMESP/ CRO sob o n.º _____, venho solicitar meu cadastramento como médico (a) do Corpo Clínico do Hospital Dom Alvarenga, atuando na especialidade de _____ e área de _____ (Clínica ou Cirúrgica), conforme apresentação da documentação anexa.

Concordo e autorizo que os dados pessoais, curriculares e profissionais sejam apreciados e verificados pela Comissão de Credenciamento, bem como outros que esta julgar necessários, guardados o sigilo e discrição devida.

Aceito e reconheço minha responsabilidade em me submeter ao Regimento Interno do Corpo Clínico do Hospital Dom Alvarenga, como Código de Ética Médica Profissional (2018) e com as demais resoluções emanadas do CFM / CRO e dos respectivos Conselhos Regionais, especialmente as resoluções 1614/2001, 1956/2010 e 273/2015, sem prejuízo de outras e concordo com reavaliações periódicas da minha atuação no Hospital sob pena de sofrer penalidades previstas e/ou descadastramento.

Fico ciente também da minha obrigação em manter todos os dados cadastrais (incluindo RQE quando necessário) e documentação obrigatória atualizada sob o risco de suspensão do cadastramento.

Declaro para os devidos fins que os documentos, informações cadastrais e curriculares anexos ao presente pedido de habilitação profissional para cadastro junto ao Hospital Dom Alvarenga representam a verdade. Estou ciente que eventuais omissões ou declarações falsas acarretarão na nulidade do presente requerimento e de eventual cadastro ao corpo clínico do Hospital Dom Alvarenga.

É meu objetivo utilizar o Hospital Dom Alvarenga como referência para o atendimento dos pacientes sob minha responsabilidade em regime de autonomia absoluta.

Declaro os fins de direito que como um médico sem qualquer outro vínculo com o Hospital Dom Alvarenga, e apenas usuário de suas instalações e equipamentos, sou o único responsável por todos os atos que venham a praticar ou sejam praticados por auxiliares sob minha responsabilidade em meus pacientes, respondendo regressivamente caso qualquer ação seja movida contra o Hospital Dom Alvarenga.

Por estar de acordo com os termos e, ser esta minha vontade, firmo a presente.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo

CADASTRO MÉDICO

Data da solicitação do cadastro:

Dados Pessoais

Nome	CRM/CRO:
-------------	-----------------

CPF:	Data de Nascimento:	Telefone (celular):
-------------	----------------------------	----------------------------

E-mail

Endereço residencial:	CEP:
------------------------------	-------------

Dados Profissionais

Ano de graduação em medicina:

Especialidade principal (anexar certificado):	RQE:
--	-------------

Especialidade secundária (anexar certificado):	RQE:
---	-------------

Endereço consultório:	CEP:
------------------------------	-------------

Telefone consultório 1:	Telefone consultório 2:
--------------------------------	--------------------------------

Como Conheceu o Hospital Dom Alvarenga:

<input type="checkbox"/> Indicação. Quem? _____	<input type="checkbox"/> Relacionamento Médico
<input type="checkbox"/> Operadora. Qual? _____	
<input type="checkbox"/> Site / Redes Sociais	
Fará parte de Equipe? Qual? _____	

Os documentos podem ser enviados para o e-mail cadastromedico@alvarenga.org.br, via whats app (11)99505.5562 ou entregues pessoalmente, após o preenchimento da ficha de solicitação de cadastro médico.

Assim que o cadastro for aprovado, será enviado um e-mail de confirmação com o login e a senha provisória para acesso ao sistema Tasy.

O Hospital Dom Alvarenga possui uma equipe de Concierge, que realiza visitas nos consultórios para apresentar os serviços oferecidos pelo hospital e os pacotes gerenciados. Entre em contato com o Relacionamento Médico via e-mail relacionementomedico@alvarenga.org.br ou telefone (11) 2163.1738 / (11) 98841.1744, com ele você poderá enviar suas sugestões, dúvidas, e até mesmo bater um papo/ trocar ideias. Esse canal visa estreitar nosso relacionamento e ampliar a troca de experiências.

CADASTRO MÉDICO

Documentos necessários (enviar para cadastromedico@alvarenga.org.br ou 11- 99505.5562):

Certidão Ético Profissional atualizada obtida através dos sites: www.cremesp.org.br e www.crosp.org.br (certidão atualizada dentro de 6 meses);

Cópia da Carteira do CRM/CRO;

Cópia do Diploma Médico;

Cópia do diploma médico do Título de Especialista ou Residência Médica (frente e verso) e certificado de RQE (para especialistas);

Cópia do RG e do CPF;

Curriculum resumido;

Carteira de Vacinação atualizada e Termo de Ciência de Vacinação;

Caso não queira se vacinar ou apresentar a Carteira, preencher o Termo de Recusa de Vacina;

*Cursos obrigatórios conforme especialidade: enviar cópias frente e verso, dentro da data de validade.

Para médicos do PS/ UTI/ Clínica Médica (plantonistas e diaristas)/ Anestesistas: Certificado de ACLS- AHA (Acima do ano de 2015 – renovável a cada 5 anos) ou certificado de SAVA - Suporte Avançado de Vida em Anestesia (Acima de 2015 – renovável a cada 5 anos). Haverá tolerância de 6 meses para a realização do curso para aqueles que já estiverem cadastrados e que não possuem os certificados. Será critério de recusa cadastral.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O cadastro somente estará confirmado após envio de toda documentação e aprovação da Diretoria Técnica ou Diretoria Clínica, no prazo máximo de 7 dias úteis.

Ressaltamos que a devolutiva, bem como qualquer tratativa de pendência e/ou envio dos links (integração e acesso), será direcionada para o e-mail registrado no momento do Cadastro. O envio destes Certificados/Documentos será imprescindível para que possamos anexar ao prontuário e concluir seu Cadastro.

A renovação de documentos é de responsabilidade do médico cadastrado e deverá ocorrer a cada 2 (dois) anos.

Eventuais atualizações cadastrais, tais como: entrada/saída em equipes, novas especializações/competências clínicas, mudanças de endereços, e-mails e telefones devem ser informadas, sempre que houver, ao Cadastro Médico via e-mail cadastromedico@alvarenga.org.br, via whats app (11) 99505.5562.

A não realização dos cursos obrigatórios e/ou a não renovação de documentos são passíveis de descadastramento.

CADASTRO MÉDICO

TERMOS/DECLARAÇÕES DE CONFORMIDADE

Gestão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais: Informativo aos Médicos

A Gestão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) é um processo extremamente complexo que lida com materiais específicos e de custo elevado para as instituições hospitalares e operadoras de saúde.

O Hospital Dom Alvarenga, como o objetivo de manter a transparência de todos os processos que envolvem as OPME, criou o Comitê de OPME em 2020 a fim de uniformizar todas as atividades de aquisição, solicitação, recebimento, armazenagem, dispensação, utilização e controle destes materiais, através de boas práticas previstas na assistência à saúde - comprometimento com a qualidade dos serviços prestados alinhado à utilização adequada de recursos.

Todas as OPME estão sob a supervisão e responsabilidade do Diretor Técnico, respondendo quando houver alterações que possibilitem danos ao indivíduo que as receber. A responsabilidade é extensiva aos profissionais da Saúde que indicam e/ou realizam os procedimentos com o uso de OPME.

Por este motivo todo o processo de trabalho do Comitê está em consonância com as normativas do Conselho de Ética institucional e com a Resolução N° 1956/10 do Conselho Federal de Medicina (CFM):

Art. 3º “É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos”.

Art. 5º “O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-lo e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à ANVISA e que atendam às características previamente especificadas”.

Parágrafo único. “Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à ANVISA, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB (implantes@amb.org.br), para as providências cabíveis.”

Finalmente, cabe ressaltar que de acordo com os artigos 35, 40, 68 e 69 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos; aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza; e, principalmente, ter interação ou dependência de qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza, e obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

É direito do médico a indicação de procedimento adequado ao paciente, entretanto devem ser cumpridas as práticas cientificamente reconhecidas e as normatizações vigentes no processo de determinação das órteses, próteses e materiais especiais indicados preconizados na Instituição e amparado no Código de Ética Médica.

Caso o médico julgue inadequado ou deficiente o material disponibilizado ou deseje a reanálise de OPME deverá preencher formulário específico.

Declaro que estou de acordo com as condições acima descritas, bem como auxiliar o Comitê de OPME em eventuais necessidades de fornecimento de dados complementares e/ou adequação de conduta, diante de parecer do Comitê.

Assinatura e Carimbo

CADASTRO MÉDICO

TERMOS/DECLARAÇÕES DE CONFORMIDADE

Autorização

Estou ciente que as informações e documentos apresentados serão avaliados pelo Diretor Técnico/Clinico do Hospital Dom Alvarenga. Desde já autorizo o Diretor Técnico/Clinico do Hospital a proceder com diligências perante outras instituições de saúde, bem como eventuais pesquisas de antecedentes jurídicos, a fim de obter referências, conferência de qualificações, competências e comportamento em relação à comunidade médica e hospitalar.

Validação cadastral

Estou ciente que o processo de validação cadastral passará por uma etapa de apresentação preliminar de documentos para cadastro ao corpo clínico do Hospital Dom Alvarenga e que a efetivação dependerá dos critérios estabelecidos da Instituição, com prazo máximo de 7 dias úteis.

Autonomia e Responsabilidade

Declaro estar ciente que atuo com autonomia técnica, não havendo qualquer responsabilidade do Hospital Dom Alvarenga às condutas profissionais e técnicas adotadas para os meus pacientes. Desde já concordo em atender as políticas institucionais, rotinas, fluxos internos, regulamentos e regimentos internos, especialmente quanto ao relacionamento com paciente e colaboradores, boas práticas, OPME e outros.

Confidencialidade e Proteção de Dados

As informações e documentos fornecidos serão utilizados exclusivamente para fins de cadastro no Corpo Clínico do Hospital Dom Alvarenga. Desde já autorizo, em caso de cadastro, a divulgação de meus dados no site do Hospital Dom Alvarenga e redes sociais vinculadas à Instituição como profissional integrante do Corpo Clínico. Autorizo ainda o Hospital a encaminhar para o meu e-mail ou através de mensagem por telefone celular convites, informativos e outras comunicações relacionadas ao Corpo Clínico e as atividades do grupo.

Autorização de uso de imagem

Desde já autorizo a utilização de minha imagem para divulgação de eventos médicos, eventos institucionais e divulgação do corpo clínico em sites e páginas de rede sociais institucionais.

Estou ciente que não são permitidas realização de fotos, filmagens ou gravações nas instalações do Hospital ou utilizando vestuário com a logomarca do hospital, sem prévia e expressa autorização. Imagens com pacientes somente serão permitidas desde que não exponham a logomarca do Hospital ou qualquer área do recinto e somente devem ser realizadas mediante solicitação e com o consentimento expresso do paciente.

Ética

Declaro atuar de acordo com o Código de Ética Médica Profissional (2018) e com as demais resoluções emanadas do CFM / CRO e dos respectivos Conselhos Regionais, especialmente as resoluções 1614/2001, 1956/2010 e 273/2015, sem prejuízo de outras.

São Paulo, de de 20 .

Assinatura e Carimbo