

DATA:		VÍNCULAÇÃO:	
IDENTIFICAÇÃO			
Nome:			
Setor de atuação:			
Sexo: () Feminino () Masculino		Data de nascimento: ____/____/____	
CPF:	RG:	CNS:	
ISSQN Nº:	INSS (PIS):		
Estado Civil:	Celular:		
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:	
Conselho Regional de Medicina (CRM) – código nº:			UF:
Email (em letra legível):			
DADOS BANCÁRIOS			
Banco:	AG:	C/C	
Operação:			
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Rua/Av.:			
Nº:	Compl:		
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Tels: ()		
ENDEREÇO COMERCIAL			
Rua/Av.:			
Nº:	Compl:		
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Tels: ()		
FORMAÇÃO ACADÊMICA			
Faculdade:		Ano formatura:	

Título Especialista:

Local:

Ano:

Assinatura do Médico

Assinatura do Coordenador Médico do Setor

Diretor Clínico ou Diretor Técnico

DOCUMENTAÇÃO (anexar cópias)

- () 1 foto 3x4 ;
- () 1 Xerox da Carteira do Conselho;
- () 1 Xerox da Carteira de Identidade;
- () 1 Xerox do Diploma de graduação;
- () 1 Comprovante pagamento última anuidade CRM.
- () 1 Xerox do Título de Especialização;
- () 1 Cópia do n° do PIS
- () Folhas 20 e 21 - CNES

- () 1 Xerox do comprovante de endereço atualizado (até 3 meses)
- () 1 Cópia cartão de Vacinas – Tétano- Difteria e Hepatite B, 2 doses da Triviral, H1N1
- () Anti Hbs (últimos 6 meses)
- () Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

OBSERVAÇÕES:

Documentação conferida por:

Assinatura

Data: ____/____/____

Anexo 1

DECLARAÇÃO

Estou ciente das recomendações da Vigilância Sanitária de que todos os médicos da instituição devem apresentar cartão de vacinação e exame de laboratório comprovando está imunizado **Tétano, Difteria e Hepatite B, 2 doses da Triviral e H1N1**. O Hospital Ibiapaba Cebams, disponibilizará anualmente em campanhas a vacinação contra a H1N1 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.

Barbacena, ____/____/____

Nome Completo: _____

CRM/MG: _____

Assinatura

Anexo 2

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação perante o Hospital Ibiapaba Cebams, que eu
Dr. _____, CRM/MG nº.
_____, fui informado de que o Hospital Ibiapaba Cebams é um hospital,
que visa, sobretudo, à segurança do paciente.

Nesta instituição, de acordo com o Art. 156º do Código Penal Brasileiro (Intervenções e tratamentos médicos – cirurgicos arbitrários), o Termo de Consentimento Informado deve ser realizado em 100% das cirurgias, para tratamento e intervenções propostas, hemotrasfusões e trasferências interhospitalar.

Estou ciente de que, além do documento devidamente assinado, conforme disposto no do mesmo Código Penal - Art. 157º (Dever de Esclarecimento), o consentimento sé é eficaz quando o paciente tiver sido esclarecido sobre o diagnóstico e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento instituído. A equipe multiprofissional do Hospital Ibiapaba Cebams deverá assegurar que o paciente tenha Consentimento à cerca do Plano Terapêutico que lhe foi proposto.

Estou ciente que o Consentimento Informado é um direito dos pacientes e um dever de todo o Corpo Clínico do Hospital Ibiapaba Cebams.

Barbacena, ____ / ____ / ____

Nome completo
CRM/MG:

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

O Termo de Consentimento Informado é um documento que, por meio da assinatura, o paciente autoriza a realização de determinado procedimento, após os devidos esclarecimento médicos, assegurando-lhe o direito de decisão quanto ao tratamento proposto pelo profissional responsável. Acesse e faça o download, imprima e entregue ao seu paciente para a devida assinatura.

<https://www.unimedcriciuma.com.br/paciente/#termos>