

FICHA DE CADASTRO DO CORPO CLÍNICO

Cadastro nº Reg. _____ Conselho _____/MG Data ____/____/____

Nome: _____

O Cadastro somente será ativado após entrega da documentação completa.**O prazo para realização do cadastro é de 10 dias úteis.**

Nº	Documentação / Check List	Sim	Não
	Original:		
1	Ficha de Cadastro preenchida completa		
2	Carta de Apresentação (modelo anexo)		
3	02 Fotos 3x4, em cores, recente (poderá ser substituída eventualmente por foto digitalizada e/ou obtida via Internet).		
	Cópia simples ou digitalizadas:		
4	Carteira do Conselho CRM / CRO / Outros		
5	Carteira de Identidade		
6	Certidão Quitação Anuidade Conselho		
7	Diploma de Graduação (frente e verso)		
8	Certificado(s) Conclusão de Residência Médica (frente e verso)		
	Residência Médica		
	Residência Médica		
9	Título(s) de Especialista de acordo com o indicado no item "Especialidade Médica Principal" (frente e verso).		
	Título de Especialista		
	Título de Especialista		
10	Currículo Atualizado e Resumido (ou link do Lattes)		
11	Comprovante de Residência		
12	Certificados de participação em congressos científicos da área de atuação do último ano e/ou dois últimos anos.		
13	Cartão Vacinação: Hepatite B (3 doses) e DT Difteria e Tétano (3 doses ou últimos 10 anos) e demais vacinas.		
14	Regimento Interno, comprovante de recebimento.		
15			

Documentação Complementar: Quaisquer documentações complementares adicionais poderão ser obtidas por todos os meios viáveis permitidos e juntadas ao arquivo individual do cadastrado.

Solicitação de ingresso no Cadastro de Profissionais do Corpo Clínico

Eu, _____,
apresento a documentação e o Contrato de Utilização de Equipamento e Infraestrutura de Sanitas Policlínica Ltda. – Hospital Belvedere assinado em duas vias conforme requisito do Hospital, solicitando o ingresso no cadastro de profissionais do Corpo Clínico do Hospital Belvedere, Sanitas Policlínica Ltda.

Comprometo-me a comunicar ao hospital sempre que houver mudanças nos meus dados cadastrais, principalmente telefones e endereços para que as atualizações sejam realizadas.

Declaro estar ciente de que o cadastro ora validado, poderá, conforme os requisitos neste ato atendidos e sequenciais critérios de movimentação e gestão administrativa vir a ser ora inativado/ora ativado, mas que permanecerá na base de dados Tasy válido desde que, na sequência de ativações esteja de acordo com critérios de atualizações vigentes.

Declaro estar ciente também de que os Protocolos Institucionais estão disponíveis nos respectivos setores e que o acesso como usuário ao Sistema Tasy será liberado na conclusão do processo de cadastramento e participação nos treinamentos do Mapa de Programa de Capacitação Anual.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo

Parecer da Diretoria Clínica

Eu, _____,
portador do CRM/MG nº _____, como Diretor Clínico do Hospital Belvedere, considero que o PROFISSIONAL acima cadastrado está devidamente qualificado para fazer parte do corpo clínico dessa instituição.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo

FICHA DE CADASTRO Médico Odontólogo Outros

Foto 3x4

DADOS PESSOAIS /PROFISSIONAIS

Nome			
Nome Usual			
RG		CPF	
Data de Nascimento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Estado Civil		Nº de Dependentes	
Nacionalidade	Naturalidade		UF
Nome do Pai			
Nome da Mãe			
CNES nº		PIS nº	
INSS nº		ISS nº	
Apresentação: Dr.			
Registro Profissional nº		Conselho	
Especialidade Principal			RQE nº
Áreas de Atuação			
Outras Especialidades			
Faculdade de Graduação		Ano Formatura	
Endereço Residencial / Complemento			
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone		Celular	
Telefones Adicionais			
E-mail			
Site / Blog			
Facebook / Twitter			

DADOS DO CONSULTÓRIO

Nome da Clínica			
Endereço			
Rua / Av.	Nº.	Complemento	
CEP	Bairro	Cidade	UF
Telefone	Celular		
Telefones Adicionais			
CNES nº			
E-mail			
Site			
Pessoa de Contato			

Autoriza eventual divulgação do nome, telefone e endereço do consultório no site do Hospital?

Autorizo / Assinatura: _____ Não autorizo / Assinatura: _____

Instituições / Hospitais em que atua:

Nome	
Telefone	
Setor	Contato
Nome	
Telefone	
Setor	Contato
Nome	
Telefone	
Setor	Contato

Observações:

ANEXO 01**CONTRATO DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO E INFRAESTRUTURA DE SANITAS POLICLÍNICA LTDA. – HOSPITAL BELVEDERE – MÉDICO / ODONTÓLOGO.**

Pelo presente instrumento particular de **CONTRATO DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E INFRAESTRUTURA** que entre si fazem, de um lado, **SANITAS POLICLÍNICA LTDA.**, CNPJ nº 25.567.934/0001-30, Rua Afonso Costa Reis, nº 65, Bairro Belvedere, cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP 30320-450, doravante denominado simplesmente **HOSPITAL BELVEDERE** e de outro,

_____, Profissão _____, devidamente registrado no Conselho Profissional _____ / MG sob o nº _____, com endereço à _____ N° _____ Complemento _____, Bairro _____, CEP nº _____ na cidade de _____, Minas Gerais e CPF nº _____, denominado simplesmente **MÉDICO e/ou ODONTÓLOGO**, estabelecem o presente contrato conforme descrito nas cláusulas abaixo:

I. DA DISPONIBILIDADE DE INFRAESTRUTURA E CONHECIMENTO DA INFRAESTRUTURA.

O **HOSPITAL** obriga-se a colocar à disposição do **MÉDICO e/ou ODONTÓLOGO** toda a sua infraestrutura para a realização de atos médicos contemplando, mas sem se limitar, cirurgias/procedimentos cirúrgicos gerais e/ou exames/procedimentos diagnósticos gerais e/ou atos médicos de anestesiologia, bem como os seus serviços administrativo, operacional e funcional, aí incluídos: fornecimentos de materiais, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais (OPME), equipe de enfermagem, de limpeza, equipamentos médicos, dentre outros.

Parágrafo Primeiro: O **MÉDICO e/ou ODONTÓLOGO** declara para todos os fins de direito que conhece toda a infraestrutura do **HOSPITAL BELVEDERE** e suas características sendo certo que a mesma atende as suas exigências para a realização dos atos médicos conforme o caso.

Parágrafo Segundo: Fica esclarecido, como regra geral, que o **MÉDICO e/ou ODONTÓLOGO** receberá seus honorários diretamente dos convênios/operadoras/cooperativas/seguradoras de planos de saúde. Havendo a intermediação do Hospital, na cobrança e repasse de honorários, o pagamento/repasse vai ser efetivado contra emissão de nota fiscal, descontados os encargos tributários incidentes. Os pagamentos particulares, envolvendo honorários médicos, deverão ser feitos pelo paciente e ou seu responsável diretamente ao MEDICO. Nos casos particulares, o MEDICO se obriga de modo solidário aos pagamentos das despesas gerais de internação conforme orçamento aprovado e ou consumo gerado, no caso de contas abertas.

II. DA NÃO VINCULAÇÃO EMPREGATÍCIA, DA NÃO SUBORDINAÇÃO E DAS OBRIGAÇÕES FISCAIS, ÉTICAS E REGIMENTAIS.

O **MÉDICO e/ou ODONTÓLOGO** desenvolverá as suas atividades profissionais em total obediência ao que determina o Código de Ética Médica, com autonomia e sem qualquer tipo de subordinação hierárquica ou trabalhista com o **HOSPITAL**, nem qualquer tipo de vínculo empregatício, devendo arcar com os tributos, taxas, contribuições previdenciárias, multas atinentes ao exercício das suas atividades, comprometendo-se a cumprir as normas, procedimentos, regulamentos e regimento interno do **HOSPITAL**.

Parágrafo Primeiro: Declara o **MÉDICO e/ou ODONTÓLOGO** ser devidamente habilitado para a função, com registro junto ao CRM/MG e estar apto a assumir as suas funções.

Rubricas: Hospital Belvede

Profissional:

HOSPITAL BELVEDERE

ANEXO 01**CONTRATO DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO E INFRAESTRUTURA DE SANITAS
POLICLÍNICA LTDA. – HOSPITAL BELVEDERE – MÉDICO/ODONTOLÓGO.**

Parágrafo Segundo: O **MÉDICO e/ou ODONTOLÓGO** se obriga a cumprir as regras de comportamento técnico, ético e moral, além de se obrigar a observar e cumprir o REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL e CENTRO CIRURGICO, e todas as suas regras e regimentos internos assim como as suas comissões gerais.

Parágrafo Terceiro: O **MÉDICO e/ou ODONTOLÓGO** se obriga ao atendimento de seus pacientes, nos casos de procedimentos eletivos, dentro de sua especialidade, sejam particulares e ou conveniados, segurados, cooperados cujo convênio/seguro/cooperação tenha sido previamente firmado com o HOSPITAL.

III. DO PRAZO DO CONTRATO E RESCISÃO

O prazo do presente contrato será INDETERMINADO a partir de sua assinatura.

Parágrafo Primeiro: Será motivo de rescisão antecipada o descumprimento de qualquer cláusula por qualquer uma das partes, sem prejuízo da cobrança dos valores devidos, devidamente corrigidos.

Parágrafo Segundo: O presente contrato poderá ser cancelado por qualquer uma das partes, desde que uma notifique a outra com prazo mínimo de 30 (trinta) dias independente da época e do prazo transcorrido do mesmo.

- IV.** O presente instrumento contratual tem força executiva, sendo assinado por duas testemunhas, vinculando as partes, seus herdeiros e sucessores.

V. DAS AÇÕES INDENIZATÓRIAS.

No caso de ser movida qualquer ação em face do **MÉDICO e/ou ODONTOLÓGO** que envolva responsabilidade do **HOSPITAL** fica assegurado ao **MÉDICO e/ou ODONTOLÓGO** o direito de denunciar o **HOSPITAL** à lide, nos termos dos artigos 125 e seguintes do Novo Código de Processo Civil Brasileiro, assim como fica assegurado ao **MÉDICO e/ou ODONTOLÓGO** o direito de regresso em face do **HOSPITAL**.

No caso de ser movida qualquer ação em face do **HOSPITAL** que envolva responsabilidade do **MÉDICO e/ou ODONTOLÓGO** fica assegurado ao **HOSPITAL** o direito de denunciar o **MÉDICO e/ou ODONTOLÓGO** à lide, nos termos dos artigos 125 e seguintes do Novo Código de Processo Civil Brasileiro, assim como fica assegurado ao **HOSPITAL** o direito de regresso em face do **MÉDICO e/ou ODONTOLÓGO**.

Fica eleito o foro da Comarca de Belo Horizonte, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas das relações que ora se instauram, com expressa renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, firmam as partes o presente instrumento **em duas vias** de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas que também o assinam, para que produzam seus devidos e legais efeitos.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Hospital Belvedere / Assinatura e Carimbo

Profissional / Assinatura e Carimbo

Testemunhas: _____

Nome

CPF

Nome

CPF

HOSPITAL BELVEDERE

ANEXO 02**FICHA DE CADASTRO FINANCEIRO PARA REPASSE****Dados da Empresa emissora da Nota Fiscal dos Honorários Médicos**

Razão Social: _____ CNPJ: _____ / _____ - _____

Nota Fiscal: Impressa Eletrônica

Endereço: _____ Nº. _____ Compl. _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone 1: () _____ Telefone 2 : () _____

Contato para solicitação de Nota Fiscal: _____

E-mail para solicitação de Nota Fiscal: _____

Dados Bancários Pessoa Jurídica:

Banco 1 nº e Nome: 756 – SICOOB CREDICOM Agência: _____ C/C: _____

Banco 2 nº e Nome: _____ Agência: _____ C/C: _____

Dados Bancários Pessoa Física:

Banco 1 nº e Nome: 756 – SICOOB CREDICOM Agência: _____ C/C: _____

Banco 2 nº e Nome: _____ Agência: _____ C/C: _____

Código da UNIMED ou Código da FENCOM/FEMCOOP: _____

Opção: Cooperativa COOPERCON.

É Cooperado? Sim _____ Não _____ Desejo receber informações _____

AUXÍLIOS / EQUIPEÉ membro de alguma Equipe? Sim Não

Qual? _____

É chefe de Equipe? Sim Não

Qual o nome de sua equipe? _____

Se sim, liste os membros de Equipe:

Nome / CRM

Nome / CRM

Trabalha com Residentes ou Acadêmicos na Equipe? Sim Não

Se sim, liste os Residentes ou Acadêmicos:

Nome / CRM

Nome / CRM

ANEXO 03**DADOS DA REDE CREDENCIADA DO PROFISSIONAL**

	CONVÊNIOS CREDENCIADOS NO HOSPITAL		
	VERSÃO JUNHO 2018 (Sujeita a alterações sem aviso prévio)		
1	ALLIANZ / AGF		
2	AMAGIS Saúde		
3	AMIL		
4	AMMP – Saúde		
5	Arcelor Mittal / Abeb / Abertta Saúde		
6	ASPEMG		
7	BH TRANS		
8	BRADESCO Saúde		
9	CAA / OABMG		
10	CASSI		
11	CNEN		
12	COPASS Saúde		
13	FIAT		
14	Fundação SAÚDE ITAÚ / Fundação Pampulha / Porto Seguro		
15	FUNDAFFEMG		
16	FUSEX – Fundo de Saúde do Exército		
17	GEAP Autogestão em Saúde		
18	GOLDEN CROSS		
19	GOOD LIFE Saúde		
20	IPSEMG		
21	IPSM – Policia Militar de MG		
22	INTERMÉDICA / Notre Dame		
23	LIFE EMPRESARIAL SAÚDE		
24	MARÍTIMA Saúde		
25	PETROBRÁS		
26	POSTAL SAUDE – CORREIOS		
27	PROMED (Somente Ortopedia)		
28	SAÚDE CAIXA		
29	S.P.A. Saúde		
30	UNIMED BH		
31	USISAUDE / USIMINAS / FSFX		
32	VITALLIS / SANTA CASA SAÚDE		
33	VIVAMED Saúde / SICOOB		
34			
36			
37			
38			

Informações sobre planos, coberturas e especialidades:

Setor de Agendamento, Tel. 31 3228-3823 e 3228-3848.