

# FICHA DE CADASTRO MÉDICO PARA ADMISSÃO NO CORPO CLÍNICO

Solicito meu cadastramento no Hospital 9 de Julho na(s) especialidade(s) abaixo relacionada(s), com objetivo de utilizar o hospital como referência para internação, cirurgias e outros procedimentos necessários aos pacientes sob minha responsabilidade.

Reconheço e aceito que sendo efetivado o meu cadastro, trabalharei em regime de autonomia técnica, no desempenho de minhas atividades como profissional liberal, sem que se manifeste, de consequência, qualquer relação empregatícia com o Hospital 9 de Julho em decorrência desta assistência.

Exercerei minhas atividades com respeito a ética e as normas legais vigentes, isentando o hospital de qualquer responsabilidade pela minha prestação de serviços em consonância com os artigos 3º e 4º do capítulo III do Código de Ética Médica.

## Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº Conselho: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Viúvo  Divorciado  Solteiro Sexo:  Masculino  Feminino

Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_

## Dados Profissionais

Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Especialidade Principal: \_\_\_\_\_ Possui título:  Sim  Não Qual Instituição?: \_\_\_\_\_

Clínico  Cirúrgico

Área de Atuação: \_\_\_\_\_

Especialidade Secundária: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_

Currículo Lattes: \_\_\_\_\_

## Formação Profissional

Faculdade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Mestrado:  Sim  Não Instituição: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Doutorado:  Sim  Não Instituição: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Pós-Doutorado:  Sim  Não Instituição: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Docência:  Sim  Não Instituição: \_\_\_\_\_

## Local de atuação no HJ9

Retaguarda  Socorrista  Intensivista  SADT  Outros

Centro Medicina Especializado

Centro Médico

Centro da Dor e Neurologia Funcional

Centro da Gastroenterologia

Centro de Cardiologia

Centro de Infusão

Centro de Longevidade

Centro de Medicina do Exercício e do Esporte

Centro de Oncologia

Centro de Reabilitação

Centro do Cálculo Renal

Centro do Controle de Peso

Centro do Rim e Diabetes

Clínica da Mulher

Banco de sangue

Câmara Hiperbarica

Endoscopia

Hemodiálise

Hemodinâmica

Laboratório

Medicina Nuclear

Neurofisiologia

Ressonância

R-X

SID

Tomografia

Declaro que as informações cadastrais e curriculares aqui prestadas são verdadeiras, reconhecendo que as informações falsas, ou omissões relevantes, anulam a aceitação do pedido de cadastramento.

\_\_\_\_\_

Assinatura Médico

\_\_/\_\_/\_\_

Data

### Parecer do Diretor Clínico ou Técnico

Reprovado ( )

Aprovado ( )

Eventual ( )

\_\_\_\_\_

Assinatura Diretor

\_\_/\_\_/\_\_

Data