



RUBEN BERTA
OUVIDO NARIZ GARGANTA
CIRURGIA PLÁSTICA

SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO MÉDICO

São Paulo, __ de _____ de _____

Ao
HOSPITAL RUBEN BERTA
Att. Diretoria Clínica

Prezados Senhores

Pelo presente, em conformidade com a norma prescrita no Código de Ética Médica que autoriza o médico ***“Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição”***, solicito disponibilização das instalações, equipamentos e serviços hospitalares do HOSPITAL RUBEN BERTA, para o fim de atender os meus pacientes na especialidade de _____, atividade médica que exerço como profissional autônomo.

Esclareço que meus honorários médicos serão pagos diretamente para mim por meus pacientes, na modalidade convênios, seguros-saúde ou particular, devendo as despesas hospitalares serem pagas diretamente à Vossa Senhorias, conforme Contrato de Serviços Hospitalares contratados pelos mesmos.

O pedido de agendamento de cirurgias neste Hospital, serão solicitados por mim, conforme disponibilidade/necessidade do meu paciente e da minha agenda de compromissos com outros serviços. Dessa forma, não haverá qualquer vínculo, trabalhista ou contratual de qualquer espécie, entre a minha pessoa e este Hospital, uma vez que ambos nos consideramos contratados diretamente pelos pacientes e/ou convênios ou seguros-saúde de que façam parte.

Para credenciar-me tecnicamente à utilização das instalações, equipamentos e serviços deste Hospital, juntamente com a presente solicitação, apresento meu Currículo atualizado.

Ciente de que a prerrogativa de uso amparada pelo Código de Ética visa única e exclusivamente proteger a relação médico-paciente e o sagrado princípio da livre escolha do mesmo, declaro também que estou ciente e de acordo com as normas e rotinas do Hospital, bem como seu Regulamento Geral e Regimento do Corpo Clínico, os quais me comprometo em respeitar e cumprir, sem prejuízo do meu direito de exercer minha especialidade com autonomia e independência quanto a escolha das técnicas cientificamente reconhecidas que eu julgar necessária para tratamento ou diagnóstico do meu paciente, salvo naquilo que confrontar com normas que disciplinam a minha atividade profissional ou em desfavor do paciente.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

CARIMBO (Nome / CRM / Especialidade)
Fone/Cel: _____



RUBEN BERTA
OUVIDO NARIZ GARGANTA
CIRURGIA PLÁSTICA

SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL

São Paulo, __ de _____ de _____

Ao
HOSPITAL RUBEN BERTA
Att. Diretoria Clínica

Prezados Senhores

Pelo presente, em conformidade com a norma prescrita no Código de Ética Médica que autoriza o médico ***“Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição”***, e prerrogativa prescrita no Código de Ética de Odontologia que assegura o cirurgião-dentista bucomaxilofacial, o direito de ***“internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições”***, solicito disponibilização das instalações, equipamentos e serviços hospitalares do HOSPITAL RUBEN BERTA, para o fim de atender os meus pacientes na especialidade de **CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL**, atividade da cirurgia odontológica que exerço como profissional autônomo.

Esclareço que meus honorários de cirurgião-dentista serão pagos diretamente para mim por meus pacientes, na modalidade convênios, seguros-saúde ou particular, devendo as despesas hospitalares serem pagas diretamente à Vossa Senhorias, conforme Contrato de Serviços Hospitalares contratados pelos mesmos.

O pedido de agendamento de cirurgias neste Hospital, serão solicitados por mim, conforme disponibilidade/necessidade do meu paciente e da minha agenda de compromissos com outros serviços. Dessa forma, não haverá qualquer vínculo, trabalhista ou contratual de qualquer espécie, entre a minha pessoa e este Hospital, uma vez que ambos nos consideramos contratados diretamente pelos pacientes e/ou convênios ou seguros-saúde de que façam parte.

Para credenciar-me tecnicamente à utilização das instalações, equipamentos e serviços deste Hospital, juntamente com a presente solicitação, apresento meu Currículo atualizado.

Ciente de que a prerrogativa de uso, conforme Parecer CRM, visa única e exclusivamente proteger a relação médico-paciente e o sagrado princípio da livre escolha do mesmo, direito que se estende ao cirurgião-dentista, declaro que estou ciente e de acordo com as normas e rotinas do Hospital, bem como seu Regulamento Geral e Regimento do Corpo Clínico e a **Resolução CFO 100/2010** vigente, os quais me comprometo em respeitar e cumprir, sem prejuízo do meu direito de exercer minha especialidade com autonomia e independência quanto a escolha das técnicas cientificamente reconhecidas que eu julgar necessária para tratamento ou diagnóstico do meu paciente, salvo naquilo que confrontar com normas que disciplinam a minha atividade profissional, ou em desfavor do paciente.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

CARIMBO (Nome / CRM - CRO / Especialidade)
Fone/Cel: _____



RUBEN BERTA

**OUVIDO NARIZ GARGANTA
CIRURGIA PLÁSTICA**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRAMENTO MÉDICO:

(não é necessária autenticação)

DOCUMENTOS DO MÉDICO / CIRURGIÃO DENTISTA BUCOMAXILOFACIAL

1. CRM e/ou CRO
2. RG
3. CPF
4. TÍTULO DE ESPECIALISTA E/OU RESIDÊNCIA MÉDICA
5. COMPROVAÇÃO DE ATUAÇÃO NA ESPECIALIDADE PELO PRAZO MÍNIMO DE 03 ANOS.
6. SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO ASSINADA (anexo)
7. FICHA CADASTRAL MÉDICA DEVIDAMENTE PREENCHIDA.

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA PARTICULAR DO MÉDICO

1. Nome do Consultório ou Clínica: _____
2. Endereço do Consultório ou Clínica: _____
3. Nome responsável legal Clínica: _____
4. Nome pessoa responsável passar recado para o médico: _____
5. Endereço eletrônico (site e e-mail contato): _____
6. Telefone e cel (whatsapp) Consultório ou Clínica: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS DESTA FICHA:

() sim

() não

CARIMBO (Nome / CRM - CRO / Especialidade)
Fone/Cel: _____

Diretoria Clínica
ADLM – Serviços Médicos Ltda.
(Hospital Ruben Berta)



RUBEN BERTA

OUVIDO NARIZ GARGANTA
CIRURGIA PLÁSTICA

FICHA CADASTRAL MÉDICO / CIRURGIÃO DENTISTA BUCOMAXILOFACIAL

DADOS PESSOAIS:

NOME COMPLETO:

CRM (RQE) / CRO (RQE)*:

ESPECIALIDADES:

DATA DE NASCIMENTO:

NACIONALIDADE:

RG:

CPF:

END RESIDENCIAL:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

TEL RESIDENCIAL:

CELULAR PESSOAL*:

DADOS PROFISSIONAIS:

FACULDADE:

DATA FORMATURA:

RESIDÊNCIA MÉDICA:

MESTRADO / DOUTORADO / TÍTULO / ESPECIALISTA / OUTROS:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

TELEFONE CONSULTÓRIO:

CELULAR EQUIPE*:

CELULAR EMERGÊNCIA*:

TITULAR DA EQUIPE:

CONVÊNIOS QUE ATUA:

FICHA CADASTRAL DE AUTOMÓVEL:

MARCA:

MODELO:

PLACA:

COR:

OBS:

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS DESTA FICHA:

() sim

() não

***PARA SEGURANÇA DO SEU PACIENTE, OS DADOS DE CELULAR, TELEFONE E IDENTIDADE PROFISSIONAL SERÃO FORNECIDOS AO PACIENTE E/OU FAMILIARES E/OU RESPONSÁVEIS, INDEPENDENTE DE AUTORIZAÇÃO.**

CARIMBO (Nome / CRM - CRO / Especialidade)

Fone/Cel: _____

TELEFONE PARA RETORNO: (011) 5908-6474 RAMAL 2228

FAX PARA RETORNO: (011) 5539-4026

E-MAIL PARA ENVIO: cadastromedico@rubenberta.com.br