

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRO NO CORPO CLÍNICO

1. Requerimento ou Ofício para Inclusão ao Corpo Clínico assinado pelo Chefe do Serviço Médico, informando à atividade que exercerá e o período do contrato;
2. Solicitação de cadastro de médicos para fim de pagamento de plantão; constando NIT ou PIS, conta bancária, documentos pessoais com data de expedição.
3. Termo de Compromisso;
4. "Curriculum Vitae" atualizado;
5. Cópia do diploma médico registrado nas repartições competentes (frente e verso);
6. Cópias dos certificados de cursos de especialização na sua Especialidade ou Área de Atuação;
7. Cópia do título de residência médica, na especialidade indicada pelo candidato;
8. Cópia das folhas 02, 03 e 05 da Carteira do CREMESP ou do seu registro no CREMESP se for de outro estado ou serviço;
9. Certificado Ético-Profissional (expedido pelo CREMESP, a pedido do interessado);
10. Fotografia 3X4 recente.

Tenha acesso também a NORMAS DO PLANTÃO MÉDICO no HCFMB através do site www.hc.fmb.unesp.br – Diretoria Clínica

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO NO CORPO CLÍNICO – HCFMB UNESP

Botucatu, ____ de _____ de 2017.



Prezado Diretor Clínico,

Encaminhamos documentação exigida pelo Regimento Interno do Corpo Clínico e solicitamos a inclusão do (a) Senhor (a) _____ no Corpo

Clínico do HCFMB ligado ao Serviço Médico _____ a partir desta data e na seguinte categoria:

PERMANENTE

Docente () Contratado UNESP () Contratado FAMESP () Contratado SES ()

PERÍODO DEFINIDO

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| () Plantonista | De ___/___/201_ à ___/___/201_ |
| () Convidado | De ___/___/201_ à ___/___/201_ |
| () Colaborador | De ___/___/201_ à ___/___/201_ |
| () Voluntário | De ___/___/201_ à ___/___/201_ |
| () Estagiário | De ___/___/201_ à ___/___/201_ |

(Cópia da deliberação da Congregação)

Funções a serem desempenhadas pelo (a) profissional: _____

Qualquer mudança em relação a esta solicitação será informada por este Serviço à Diretoria Clínica.

Atenciosamente,

Responsável pelo Serviço Médico

Ilmº Sr.

Dr. Marcello Laneza Felicio

Diretor Clínico

CADASTRO PROFISSIONAIS - HCFMB

DADOS PESSOAIS

CPF		
RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EMISSOR
NOME		
NOME MÃE		
NOME PAI		
DATA NASC.	SEXO	NACIONALIDADE
NATURALIDADE	UF	SE ESTRANGEIRO, DATA DA ENTRADA NO PAÍS
ESCOLARIDADE		
ENDEREÇO		
CEP	MUNICÍPIO	BAIRRO
TELEFONE CELULAR		TELEFONE RESIDENCIAL
EMAIL:		

VÍNCULO EMPREGATÍCIO

DATA DE ENTRADA	CARGO / FUNÇÃO:	CARGA HORÁRIA
EMPREGADOR	() UNESP () FAMESP	SES () COMISSIONADO () CONCURSADO
() AUTÔNOMO (RPA) / PLANTONISTA	() OUTROS	() TERCEIRIZADO EMPRESA: _____
LOTAÇÃO	CONSELHO DE CLASSE	Nº CONSELHO
ESPECIALIDADE (S):		
Em caso de 2 vínculos, informar aqui o 2º:		DATA DE ENTRADA
CARGO / FUNÇÃO	LOTAÇÃO	CARGA HORÁRIA
EMPREGADOR	() UNESP () FAMESP	SES () COMISSIONADO () CONCURSADO
() AUTÔNOMO (RPA) / PLANTONISTA	() OUTROS	() TERCEIRIZADO EMPRESA: _____
ESPECIALIDADE (S):		

DADOS FINANCEIROS - EXCLUSIVO PARA MÉDICOS PLANTONISTAS

INSS	PIS/PASEP ou NIT	
ISS	SE JÁ RECOLHE, ENCAMINHAR CÓPIA DO CARNÊ À DIRETORIA CLÍNICA	
BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE
ÁREA DE ATUAÇÃO COMO PLANTONISTA	() PS HCFMB () PS MUNICIPAL	() PS PEDIÁTRIA () HEBTU
() HOSPITAL ÁLCOOL E DROGAS	() ENFERMARIA	() UTI

CAMPO DE USO EXCLUSIVO DO CADASTRADOR DO CNES

PRESTADOR MV	USUÁRIO
CNS	
PENDÊNCIAS () MV	() CNES
QUAIS	

**SOLICITAÇÃO PARA CADASTRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO SISTEMA
MV E NO CNES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE
DE MEDICINA DE BOTUCATU**



Data Solicitação: ____ / ____ / ____

1 – Solicitante

() Dpto FMB
 () RH FMB () RH HCFMB () RH FAMESP
 () Divisão Técnica Acadêmica – Residência Médica e Alunos
 () Chefe de Serviço HCFMB
 () Responsável pelo Pronto Socorro do HCFMB
 () DGAA
 () Outros – Especificar: _____

2 – Solicitação

() Cadastro Sistema MV
 () Recadastramento Anual - Sistema MV/CNES
 () Cadastro ou adequações no CNES
 () Outros – Especificar: _____

3 – Perfil Profissional

Nome: _____

() Médico(a) Plantonista	() Enfermeiro(a)
() Médico(a) Contratado ou Docente / Concursado	() Técnico(a) Enfermagem
() Médico(a) Residente com CRM – SP	() Supervisor Estágio
() Médico(a) Residente com CRM – Outros Estados – UF ()	() Voluntário(a): _____
() Médico(a) Voluntário	
() Aluno(a) de Pós-Graduação ou Pesquisa	
() Aluno(a)-Interno () Medicina () Enfermagem () Outros	Especificar: _____
() Aluno(a)-Externo () Medicina () Enfermagem () Outros	Especificar: _____
() Profissional de: _____	
() Residente de: _____	
() Aprimorando de: _____	
() Estagiário de: _____	
() Outros – Especificar: _____	

5 – Local de atuação do Profissional dentro do HCFMB e carga horária semanal estimada:

() Enfermaria – CH:
 () Ambulatório – CH:
 () PS – CH:
 () Centro Cirúrgico – CH:
 () Outros – Especificar: _____ CH: _____

6 – Período para utilização do Sistema MV (para vínculos temporários)

De ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

7 – Responsável pelo preenchimento da solicitação:

() RH do HCFMB
 () Departamento de Assistência à Saúde (DAS)
 () Departamento de Gestão de Atividades Acadêmicas (DGAA)

Autorizado por: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome/Assinatura

() DASS () DIR. CLÍNICA () DGAA

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS REGISTROS ELETRÔNICOS EM SAÚDE E SISTEMA DE INFORMAÇÃO
HOSPITALAR DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Eu _____
CPF _____, inscrito(a) no registro do Conselho _____
sob n.º _____, comprometo-me a utilizar o sistema de registro eletrônico em saúde/sistema de
informação hospitalar para fins exclusivamente acadêmicos e profissionais, e manter a confidencialidade e ética no
manuseio dos dados acessados.

Comprometo-me mais, a tratar as informações confidenciais, sensíveis e sigilosas a que tiver acesso e
ou conhecimento, com resguardo da inviolabilidade, não revelando, transmitindo, reproduzindo, transportando ou
dando conhecimento a quem quer que seja, sob pena de quebra do sigilo, sujeitando-me às penalidades legais.

Aceito que meu registro de usuário e senha de acesso são individuais e intransferíveis a terceiros, e
seu uso, segurança e sigilo são de minha total responsabilidade, conforme artigo 11 do Código Civil, na mesma linha do
artigo 5º, da Constituição Federal e do artigo 154 do Código Penal. Em se tratando de atividade de residência médica e
ou estágio médico a responsabilidade será solidária do respectivo preceptor.

Estou ciente que, o não acesso ao Sistema MV do HCFMB, por período superior a 6 meses acarretará
na inativação do meu acesso.

Comprometo-me a, no mês de meu aniversário, comparecer (anualmente) ao Setor de Cadastro
CNES/MV para conformação de meus dados e minha função no HCFMB e que, caso contrário, meu acesso ao MV será
inativado automaticamente.

Ciente deste termo, eu declaro ter o conhecimento que o seu não cumprimento no exato teor,
acarretará na perda do convênio com o HCFMB e na execução de todas as medidas legais cabíveis.

Botucatu, ____ de _____ de 201__.

Assinatura