Seja bem-vindo ao Credenciamento Médico do Hospital Ortopédico AACD

| Para realizar o seu cadastro médico no Hospital Ortopédico AACD é necessário preencher a ficha cadastral abaixo, preencher os arquivos listados e fazer o upload dos documentos solicitados.  Entenda as etapas da sua solicitação de cadastro:   1. Envio dos documentos 2. Análise 3. Aprovação 4. Integração Médica 5. Finalização do cadastro no sistema 6. Comparecer ao Relacionamento Médico para retirar crachá e credencial do estacionamento 7. Início das atividades   Importante: o cadastro médico será enviado para análise apenas com a documentação completa. | **Para mais informações, entre em contato com o Relacionamento Médico:** **Icone Whatsapp** **[WhatsApp:](https://wa.me/5511961868381)** (11) 9 6186-8381  Icone Telefone **Telefones:** +55 (11) 5576-0450 +55 (11) 5576-0457  Icone **Atendimento:** Segunda a quinta-feira, das 8h às 18h Sexta-feira, das 8h às 17h |
| --- | --- |

| **Cadastro Médico**  **\* Preenchimento obrigatório**  **Dados Pessoais**  \*Nome:  \*CRM/SP:  \*Nacionalidade:  \*Data de nascimento:  \*RG:  \*CPF:  \*Celular:  \*E-mail:  Cônjuge:  Filhos: ( ) Sim ( ) Não  **Residencial**  \*Endereço:  \*CEP:  \*Bairro:  \*Cidade:  \*Telefones:  **Comercial**  \*Endereço:  \*CEP:  \*Bairro:  \*Cidade:  \*Telefones:  \*E-mail comercial:  \*Na minha ausência, contatar:  \*Celular:  \*Telefone comercial:  \*Nome da secretária:  \*Contato da secretária:  **Formação**  \*Graduação (Instituição):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Conclusão: / /  \*Residência/Instituição:  \*1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Conclusão: / /  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conclusão: / /  \*Título de especialista/Instituição:  \*1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Conclusão: / /  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conclusão: / /  \*Pós-graduação/Instituição:  \*1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Conclusão: / /  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conclusão: / /  \*Treinamento de Suporte à Vida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Conclusão: / /  ( ) ALSO ( ) ATLS ( ) ACLS ( ) PALS ( ) BLS ( ) SAVA  \*Membro de equipe médica interna: ( ) Sim ( ) Não  ( ) Anestesiologista ( ) CDI ( ) Ambulatório/Centro Médico ( ) Intensivista Adulto/Pediátrico  ( ) Hospitalista Adulto/Pediátrico ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |

| Preencha online:  [**Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse**](https://pt.surveymonkey.com/r/WL2XFZK) |
| --- |

| Faça o download dos arquivos de 1 a 5 abaixo, preencha com suas informações e assine o que for necessário. Após o preenchimento salve o arquivo e faça o upload de todos os documentos listados no local indicado abaixo.   1. **Solicitação para criação de assinatura digitalizada** 2. **Ficha referente a Outorga e Privilégios** 3. **Declaração de Imunização** 4. **Ficha referente ao Formulário de Estacionamento** 5. **Carta de Recomendação assinada por um médico credenciado em nosso Hospital**  * **1 Foto 3x4 para emissão de crachá** * **Cópia da Carteira Profissional – CREMESP** * **Diploma de Graduação Médica frente e verso** * **Diplomas, Certidões e Titulações referente a Especialidade Médica (Para médicos que realizam cirurgia de mão e coluna, será necessário entrega de credenciais da respectiva área de atuação, impreterivelmente)** * **Certidões de Quitação e de Ética do** [**CREMESP**](https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=AreaDoMedico) * **Currículo atualizado no ano vigente** * **No caso de médicos clínicos, anestesiologistas e pediatras, é necessária a apresentação de treinamento válido com data vigente em Suporte Avançado de Vida compatível com a especialidade (ACLS, PALS, SAVA)** |
| --- |

|  | |
| --- | --- |

❎Declaro que li e estou de acordo com o [**Código de Conduta da Instituição**](https://www.compliance-office.com/aacd/kb/index.php).

| **OBS: Direcionar recebimento de todos os arquivos e ficha cadastral para o e-mail** [**relacionamentomedico@aacd.org.br**](mailto:relacionamentomedico@aacd.org.br) **em formato Excel**  **Referência:** [**https://www.acsc.org.br/cadmedico/**](https://www.acsc.org.br/cadmedico/) |
| --- |