

Cadastro Médico

Para atuar na Rede São Camilo, o médico precisa estar devidamente cadastrado ao Corpo Clínico do Hospital. O cadastro deve ser realizado junto ao Departamento de Relacionamento Médico mediante a apresentação de:

Ficha cadastral devidamente preenchida;

1 foto 3x4;

1 cópia da carteira do CRM;

1 cópia do diploma de graduação;

1 cópia da declaração de residência médica;

1 cópia do título de especialista;

Solicitação de cadastramento do chefe da equipe conforme modelo (somente para médicos das equipes internas).

Endereço para envio dos documentos:

Unidade Pompeia

A/C Relacionamento Médico

Av. Pompeia, 1.178 - Pompeia

CEP: 05022-001- São Paulo/SP

Email: relacionamentomedico.pompeia@saocamilo.com

Unidade Santana

A/C Diretoria Médica

Rua Voluntários da Pátria, 3693 - Santana

CEP: 02401-300 - São Paulo/SP

Email: relacionamentomedico.santana@saocamilo.com

Unidade Ipiranga

A/C Diretoria Médica

Rua Pouso Alegre, 01 - Ipiranga

CEP: 04261-030 - São Paulo/SP

Email: relacionamentomedico.ipiranga@saocamilo.com

Mais informações?

Unidade Pompeia: 3677.4444

Unidade Santana: 2972.8000

Unidade Ipiranga: 2066.7000

Atenção! Para facilitar, você pode preencher a ficha de cadastro antes de efetuar a impressão.

() Cadastro

() Atualização ___/___/___

NOME: _____	
CRM/SP: _____	NACIONALIDADE _____ DATA NASC.: ___/___/___
R.G.: _____	CPF: _____
CÔNJUGE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	
FILHOS: () SIM () NÃO	
ESPECIALIDADES: 1. _____ 2. _____	
CELULAR: _____	E-MAIL: _____
RESIDENCIAL: TELEFONE: _____	
ENDEREÇO: _____	
CEP: _____ - _____	BAIRRO: _____ CIDADE: _____
COMERCIAL: TELEFONES: _____ FAX: _____	
ENDEREÇO: _____	
CEP: _____ - _____	BAIRRO: _____ CIDADE: _____
NA MINHA AUSÊNCIA CONTATAR: _____	
CELULAR: _____	TEL. COMERCIAL: _____

GRADUAÇÃO (INSTITUIÇÃO): _____	CONCLUSÃO ___/___/___
RESIDÊNCIA/ESPECIALIZAÇÃO (ESPECIALIDADE/ INSTITUIÇÃO):	
1. _____	CONCLUSÃO ___/___/___
2. _____	CONCLUSÃO ___/___/___
() MESTRADO: _____	CONCLUSÃO ___/___/___
() DOUTORADO: _____	CONCLUSÃO ___/___/___
() DOCÊNCIA: _____	CONCLUSÃO ___/___/___
() TÍTULO ESPECIALISTA: _____	CONCLUSÃO ___/___/___

TREINAMENTO DE SUPORTE A VIDA:	
<input type="checkbox"/> ALSO <input type="checkbox"/> ATLS <input type="checkbox"/> ACLS <input type="checkbox"/> PALS -	CONCLUSÃO ___/___/___

MEMBRO DE EQUIPE MÉDICA INTERNA: SIM () NÃO ()	
<input type="checkbox"/> Anestesiologia	<input type="checkbox"/> SADT _____
<input type="checkbox"/> Ortopedia/Traumatologia	<input type="checkbox"/> UTI Adulto
<input type="checkbox"/> Pronto Socorro Adulto	<input type="checkbox"/> UTI Infantil
<input type="checkbox"/> Pronto Socorro Infantil	<input type="checkbox"/> Outros _____

ASSINATURA

MÉDICO _____

DIRETORIA MÉDICA/DIRETORIA CLÍNICA _____ DATA: ___/___/___

() APROVADO

() NÃO APROVADO

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRO: CARTEIRA DO CONSELHO REGIONAL, DIPLOMA DE GRADUAÇÃO, RESIDÊNCIA MÉDICA CREDENCIADA PELO CNRM, TÍTULOS (ESPECIALISTA E OUTROS), CERTIFICADO DE TREINAMENTOS DE SUPORTE A VIDA (ATLS, ALSO, ACLS, PALS) E 1 FOTO 3X4 (PODE SER DIGITALIZADA)

As Especialidades devem estar de acordo com a Resolução n.º 1.634 do C.F.M.

Contatos – Relacionamento Médico:

Pompeia Denise Fone: (11) 3677-4528

relacionamentomedico.pompeia@saocamilo.com

Santana Natalia Fone: (11) 2972-8012

relacionamentomedico.santana@saocamilo.com

Ipiranga Renata Fone: (11) 2066-7062

relacionamentomedico.ipiranga@saocamilo.com