

# SOLICITAÇÃO DE CADASTRO MÉDICO



*Este documento deve ser entregue assinado pelo médico no dia da entrevista para efetivação do Cadastro.*

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CREMEB sob o nº \_\_\_\_\_ venho solicitar o meu cadastro como médico(a) do corpo clínico do Hospital Aliança, com a atuação na especialidade de \_\_\_\_\_ e na(s) área(s) de atuação de \_\_\_\_\_.

Concordo e autorizo a avaliação de meus dados pessoais e profissionais curriculares pelo Serviço de Apoio Médico (SAM) deste Hospital e, se necessário, por outros membros que esta empresa julgue pertinentes, guardado o devido sigilo.

Aceito e reconheço a responsabilidade de me submeter às Normas e Diretrizes do Corpo Clínico do Hospital Aliança, concordando, neste ato, com reavaliações periódicas da minha atuação nesta instituição, visando à finalidade de manter o meu cadastro ativo.

Estou ciente do meu compromisso em manter todos os dados cadastrais e documentação obrigatória atualizados, sob o risco de inativação deste cadastro.

É meu objetivo utilizar o Hospital Aliança como referência para o atendimento dos pacientes que estiverem sob a minha responsabilidade, em regime de autonomia absoluta, sem caracterizar qualquer relação empregatícia com o hospital, isentando-o da responsabilidade sobre o resultado dos atos praticados em função do meu livre exercício profissional.

Estou ciente de que o cadastro é válido por dois anos e, após esse período, será reavaliado, havendo a possibilidade de manutenção ou não da minha relação profissional como médico do Corpo Clínico.

Atesto que todas as informações cadastrais e curriculares ora prestadas são verdadeiras, reconhecendo que declarações falsas e omissões relevantes anulam, por completo, a aceitação do presente pedido de cadastramento.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

NOME COMPLETO DO MÉDICO:

CREMEB Nº:

\_\_\_\_\_