

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;(NO PRIMEIRO ACESSO AO SISTEMA/PEP)
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 _____.

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

Ilm^a Sr^a.

Dr^a. Marise Pereira da Silva

Diretora Clínica do HCFMB



CADASTRO DE PROFISSIONAIS - HCFMB			
DADOS PESSOAIS – CAMPOS OBRIGATÓRIOS			
NOME:		SEXO:	
DATA NASC: / /	CPF:	COR/ETNIA/RAÇA:	
RG:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:	DATA DE EXP: / /
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
CNS:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:		
CEP:	ENDEREÇO:	Nº	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CIDADE:	
E-MAIL:	CELULAR:	TEL. RESID:	
VINCULO EMPREGATÍCIO			
DATA DE ENTRADA: / /	CARGO OU FUNÇÃO:		
CARGA HORÁRIA:	LOTAÇÃO:		
Nº CONSELHO:	ESPECIALIDADE:		
EMPREGADOR:			DATA TÉRMINO
() UNESP	() CONCURSADO	() AUTÁRQUICO	() CLT / /
() FAMESP	() CONCURSADO	() INDETERMINADO	() DETERMINADO / /
() SES	() CONCURSADO	() COMISSIONADO	/ /
() AUTÔNOMO RPA / PLANT.			
() OUTROS			
() TERCEIRIZADO EMPRESA:			
OUTROS VÍNCULOS ALUNO, RESIDENTE, APRIMORANDO, ESTAGIÁRIO, ETC.			
DATA DE ENTRADA: / /	DATA TÉRMINO: / /		
() VOLUNTÁRIO () APRIMORAMENTO () ESTAGIÁRIO () OUTROS			
ALUNO: () MEDICINA	() ENFERMAGEM	() OUTROS	RA:
RESIDENTE ESPECIALIDADE:	CRM-SP:		
DADOS FINANCEIROS EXCLUSIVOS PARA MÉDICOS PLANTONISTAS			
ISS:	INSS / PIS / PASEP OU NIT:		
SE JÁ RECOLHE, ENCAMINHAR COPIA DO CARNE PARA DIRETORIA CLÍNICA			
BANCO:	AGENCIA:	CONTA CORRENTE:	
ÁREA DE ATUAÇÃO () PSR () PSA () PSI () HEBTU () SARAD () HCFMB			
CAMPO DE USO EXCLUSIVO DO CADASTRADOR CNES			
PRESTADOR MV:	USUÁRIO:	VÍNCULO MV-CNES:	
PENDÊNCIAS () MV () CNES			
QUAIS :			
SITUAÇÃO QUE PODE IMPEDIR A VINCULAÇÃO DO PROFISSIONAL			
PELA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA SÃO PERMITIDOS ATÉ 2 VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS PÚBLICOS OU 5 PRIVADOS. O PROFISSIONAL POSSUI OUTRO(S) VÍNCULO(S) EMPREGATÍCIO(S) ? () NÃO () SIM			
PÚBLICO:			
PRIVADO:			
DATA: / /	ASSINATURA :		

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: _____

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

- Enfermaria – CH:
 Ambulatório – CH:
 PS – CH:
 Centro Cirurgico – CH:
 Outros–Especificar: _____ CH: _____

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

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

Autorizado por: _____ Nome/Assinatura Data: ____/____/____

- DEPTO. DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE (MEDICO ENFERMAGEM MULTIDISCIPLINAR).
 DEPTO. DE GESTÃO ATIVIDADES ACADÊMICAS.
 GESTOR DO CONTRATO.
 RESPONSÁVEL PELO FUNCIONÁRIO ADMINISTRATIVO.