1. OBJETIVO: Estabelecer as diretrizes e etapas necessárias para o cadastro de médicos no sistema de gestão, garantindo a correta inserção dos dados e conformidade com as normas de segurança.

2. ABRANGÊNCIA: Núcleo de Saúde Suplementar – NSSU, Diretoria Clínica e Credenciamento IAMSPE.

3. MATERIAIS E MÉTODOS:

3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): não se aplica.

3.2. Materiais e Equipamentos Específicos para o Procedimento: Informações do médico:

- **Com cadastro no HCFMB: Número do CPF,** Número do CRM (Conselho Regional de Medicina), Título de Especialidade(s) médica(s) ou certificado de residência médica, Diploma, Declaração de acúmulo de cargo, Currículo resumido e Termo de Compromisso.
- **Sem cadastro no HCFMB:** Requerimento para Inclusão ao Corpo Clínico, Termo de Compromisso, Currículo resumido, Diploma médico, Título de Especialidade(s) médica(s) ou certificado de residência médica, Cópia CREMESP, Certificado Ético – Profissional, Foto 3x4, Número do CPF, Número do CRM (Conselho Regional de Medicina), Título de Especialidade(s) médica(s) ou certificado de residência médica, Diploma, Declaração de acúmulo de cargo, Currículo resumido e Termo de Compromisso.

4. PROCEDIMENTO:

4.1. Cadastro médico ao corpo clínico

1. Organizar os documentos;
2. Enviar pessoalmente toda a documentação a diretoria Clínica;
3. Aguardar o retorno da diretoria, confirmando o cadastro médico ao HCFMB.

   OBS: Tempo estimado 7 dias uteis.

4.2. Após a confirmação da Diretoria Clínica

1. Enviar por e-mail toda a documentação listada no **item 3** para o endereço eletrônico: **credenciamento@iamspe.sp.gov.br;**

2. Incluir no corpo do e-mail as seguintes informações do médico a ser credenciado:

> Segue anexo os documentos do profissional abaixo para a inclusão no corpo clínico do Iamspe para consultas na FAMESP – BOTUCATU CNPJ n.º 46.230.439/0001-01:
>
> **Nome do Médico – Especialidade**
> CRM 12345 CPF: 123.456.789.10
>
> Aguardamos confirmação do cadastro

3. Aguardar o retorno do convênio confirmando o cadastro do médico no corpo clínico;
4. Caso o convênio requeira mais documentos ou informações adicionais, providenciar o que for necessário;
5. Manter registros do e-mail enviado e da resposta do convênio, arquivando todas as comunicações pertinentes.

4.3. Após a confirmação do credenciamento do IAMSPE

2. Enviar uma cópia digitalizada do Termo de Compromisso para o Setor de Repasse Médico;
3. Informar ao médico que já está cadastrado;
4. Informar ao médico que ele pode liberar sua agenda para o início dos atendimentos.

5. <u>CONTINGÊNCIA</u>: Em caso de falta de médicos especializados ou alta demanda de atendimento, os beneficiários poderão entrar em contato com o seu convênio e verificar outro local de atendimento referenciado.

6. <u>OBSERVAÇÃO</u>:

- O credenciamento médico é importante para assegurar que os médicos que atendem aos pacientes tenham as qualificações necessárias e que as práticas clínicas estejam alinhadas com os padrões de segurança e qualidade exigidos.

- O procedimento de envio deve ser realizado com a máxima agilidade e precisão para evitar atrasos no processo de inclusão do médico no corpo clínico.

7. AUTORES E REVISORES

7.1. Autores / Colaboradores – Karen Cristina Marques Pereira e Sílvia Helena Meneguin.

7.2. Revisores:

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Não se aplica.

9. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE
Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 – Botucatu – São Paulo – Brasil
Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 – E-mail qualidade.hcfmb@unesp.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

1.1.Título: POP NSSUP 005 – CREDENCIAMENTO MÉDICO

1.2. Área Responsável: NÚCLEO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – NSSUP – COMERCIAL

1.3. Data da Elaboração: 26/06/2025 Total de páginas: 04 – Versão Nº: 00 – Próxima Versão: 26/06/2027

1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dado (nome completo) durante a vigência do documento:

Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:

NOME	SETOR	ASSINATURA
Karen Cristina Marques Pereira	NSSUP	
Sílvia Helena Meneguin	NSSUP	

2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):

Declaro que estou ciente e **aprovo** o conteúdo do documento: **POP NSSUP 005 – CREDENCIAMENTO MÉDICO**

Também autorizo a exposição do meu nome completo.

Data: 22/05/25	Assinatura: **Gestora do Núcleo de Saúde Suplementar** – Enf. Sílvia Helena Meneguin
Data: 10/10/25	Assinatura: **Chefia de Gabinete:** Dr. João Henrique Castro