

CADASTRO PROFISSIONAL - UNIFICADO APROSS & HOSPITAL SANTA LÚCIA

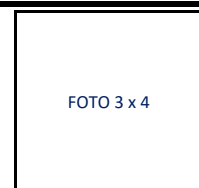
VIGÊNCIA: 2018.04

Nº CONTROLE:

CHAMADO:



NOME
ESPECIALIDADE PRINCIPAL
ESPECIALIDADE SECUNDÁRIA
CRM-DF



APROSS	HSLs	HSLN	HMAG	HMAS	CRB	CRG
--------	------	------	------	------	-----	-----

PESSOA JURIDICA UTILIZADA NA APROSS - ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DA SAÚDE

CNPJ	INSCRICAO ESTADUAL
CODIGO MV	DADOS BANCÁRIOS
COORDENADOR	VISTO

PESSOA JURIDICA UTILIZADA NO HOSPITAL SANTA LÚCIA SUL

CNPJ	INSCRICAO ESTADUAL
CODIGO MV	DADOS BANCÁRIOS
COORDENADOR	VISTO

PESSOA JURIDICA UTILIZADA NO HOSPITAL SANTA LÚCIA NORTE

CNPJ	INSCRICAO ESTADUAL
CODIGO MV	DADOS BANCÁRIOS
COORDENADOR	VISTO

PESSOA JURIDICA UTILIZADA NO HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - GAMA

CNPJ	INSCRICAO ESTADUAL
CODIGO MV	DADOS BANCÁRIOS
COORDENADOR	VISTO

PESSOA JURIDICA UTILIZADA NO HOSPITAL MARIA AUXILIADORA SAMAMBAIA

CNPJ	INSCRICAO ESTADUAL
CODIGO MV	DADOS BANCÁRIOS
COORDENADOR	VISTO

PESSOA JURIDICA UTILIZADA NO CENTRO RADIOLOGICO DE BRASÍLIA

CNPJ	INSCRICAO ESTADUAL
CODIGO MV	DADOS BANCÁRIOS
COORDENADOR	VISTO

PESSOA JURIDICA UTILIZADA NO CENTRO RADIOLOGICO DO GAMA

CNPJ	INSCRICAO ESTADUAL
CODIGO MV	DADOS BANCÁRIOS
COORDENADOR	VISTO

FICHA DE CADASTRO PROFISSIONAL



NOME COMPLETO (SEM ABREVIAR)

--	--

	CR ____/DF
--	------------

ESPECIALIDADE (S)

--

DATA DE NASCIMENTO

	/		/	
--	---	--	---	--

NOME PARA CONFECÇÃO DO CRACHÁ (RESUMIDO)

--

CÉDULA DE IDENTIDADE

--

ORGÃO EXP.

--

UF

--

DATA DE EMISSÃO

	/		/	
--	---	--	---	--

CPF

--

NATURALIDADE

--

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO (A)

CASADO

DIVORCIADO

OUTROS

NOME DO CONJUGE

--

	É MÉDICO (A)?
--	---------------

SIM

NÃO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

--

--

CIDADE

--

UF

--

CEP

--	--	--	--	--

TELEFONE RESIDENCIAL

--	--

TELEFONE CELULAR

--	--

ENDEREÇO ELETRÔNICO

--

NOME/RAZÃO SOCIAL

--

CNPJ

--

Nº DO CRMDA EMPRESA

--

INSCRIÇÃO ESTADUAL

--

ALVARÁ

--

LICENÇA

--

VINCULO COM O CNPJ

SÓCIO

PRESTADOR

RESPONSÁVEL TÉCNICO

ENDEREÇO COMERCIAL

--

--

CIDADE

--

UF

--

CEP

--	--	--	--	--

TELEFONE COMERCIAL

--	--

FAX

--	--

SITE / HOME PAGE

--



FICHA DE CADASTRO PROFISSIONAL



FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSOS ESPECÍFICOS

ACLS - ADVANCE CARDIOLOGIC LIFE SUPPORT

SIM NÃO

ATLS - ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

SIM NÃO

FCCS - FUNDAMENTAL CARE CRITICAL SUPPORT

SIM NÃO

PALS - PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT

SIM NÃO

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

SIM NÃO

OUTROS (ESPECIFICAR) _____

SIM NÃO

IDIOMAS

	LÊ	ESCREVE	ENTENDE	FALA
INGLÊS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPAÑHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRANCÊS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUTROS (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRABALHA NA SES- DF? SE POSITIVO FAVOR INFORMAR CARGA HORARIA SEMANAL:

SES-DF AMBULATÓRIO

NUMERO - PIS/ PASEP

CTPS - NUMERO:

SERIE:

/ /

Nº TITULO DE ELEITOR:

ZONA:

SEÇÃO:

EMPRESAS QUE DESEJA SER CADASTRADO, ALÉM DA APROSS

HOSPITAL SANTA LUCIA SUL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
HOSPITAL SANTA LUCIA NORTE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
HOSPITAL Mª AUXILIADORA - GAMA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
HOSPITAL Mª AUXILIADORA - SAMAMBAIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CENTRO RADIOLOGICO DE BRASILIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CENTRO RADIOLOGICO DO GAMA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

DATA DE INICIO:

/ /
 / /
 / /
 / /
 / /
 / /

OUTROS HOSPITAIS EM QUE ATUA

/ /
 / /
 / /
 / /

Declaro para todos os fins de Direito, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e comprometo-me a comunicar as alterações dos dados de contato, cadastro e atualização de cursos, sempre que houver. Declaro ainda ter lido e estar de acordo com os termos do Regimento Interno.

Brasília, de _____ de 20__

NOME DO MÉDICO SOB CARIMBO

CADASTRO - AVALIAÇÃO DOCUMENTAL



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSARIOS

		PRESENTE	AUSENTE	NÃO SE APLICA
01	<input type="checkbox"/> PF - CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PJ (PARA NÃO SÓCIO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/> PF - CARTÃO DE VACINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/> PF - CARTEIRA DO CONSELHO DE CLASSE (CRM/CREFITO/CRF, CRN, ETC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/> PF - CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/> PF - COMPROVANTE DE CONCLUSAO DE CURSO ACLS (< A 3 ANOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/> PF - COMPROVANTE DE CONCLUSAO DE CURSO ADM. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/> PF - COMPROVANTE DE CONCLUSAO DE CURSO ATLS (< A 3 ANOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/> PF - COMPROVANTE DE CONCLUSAO DE CURSO FCCS (< A 3 ANOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/> PF - COMPROVANTE DE CONCLUSAO DE CURSO PALS (< A 3 ANOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/> PF - COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUALIZADO (EMISSÃO < 60 DIAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/> PF - CPF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/> PF - CURRICULO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/> PF - DIPLOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/> PF - FICHA CADASTRAL DEVIDAMENTE PREENCHIDA, CARIMBADA E ASSINADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/> PF - FOTO 3X4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/> PF - NADA CONSTA COMA JUSTIÇA CIVIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/> PF - NADA CONSTA COMA JUSTIÇA CRIMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/> PF - NADA CONSTA COMA POLICIA CIVIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/> PF - NADA CONSTA COMA POLICIA FEDERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/> PF - NADA CONSTA COMO MPDFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/> PF - NADA CONSTA JUNTO AO CRM/DF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/> PF - TERMO DE CADASTRO E CIÊNCIA DAS NORMAS INTERNAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/> PF - TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO ACESSO AO PRONTUÁRIO ELETRONICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/> PF - TÍTULO DE ESPECIALISTA E OUTRAS TITULAÇÕES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/> PJ - ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/> PJ - CARTAO DE INSCRICAO CNPJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/> PJ - CARTAO DE INSCRIÇÃO ESTADUAL OU MUNICIPAL (DIF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/> PJ - CERTIDÃO DE REGULARIDADE DE FGTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/> PJ - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS - GDF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/> PJ - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS - RECEITA FEDERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/> PJ - CNES (Estabelecimento de Saúde que presta Serviço Médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/> PJ - COMPROVANTE DE DADOS BANCÁRIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/> PJ - CONTRATO SOCIAL E ALTERAÇÕES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/> PJ - INSCRIÇÃO CRM (CRME)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/> PJ - LICENÇA DE FUNCIONAMENTO VIGENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/> PJ - TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA JUNTO A VIGILÂNCIA SANITÁRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTAÇÃO RECEBIDA E CONFERIDA POR

DATA

		/			/	2	0	1
--	--	---	--	--	---	---	---	---

CADASTRO - AVALIAÇÃO DOCUMENTAL



DELIBERAÇÕES DA PRESIDÊNCIA OU DIRETORIAS (TÉCNICA/CLÍNICA)

DATA	EMPRESA	APROVADO	CARIMBO E ASSINATURA												
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </table>			/			/	2	0	1		<table border="1"> <tr> <td>APROSS</td> </tr> </table>	APROSS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
		/			/	2	0	1							
APROSS															

SE NÃO APROVADO, JUSTIFICAR:

--

DATA	EMPRESA	APROVADO	CARIMBO E ASSINATURA												
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </table>			/			/	2	0	1		<table border="1"> <tr> <td>HSLS</td> </tr> </table>	HSLS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
		/			/	2	0	1							
HSLS															

SE NÃO APROVADO, JUSTIFICAR:

--

DATA	EMPRESA	APROVADO	CARIMBO E ASSINATURA												
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </table>			/			/	2	0	1		<table border="1"> <tr> <td>HSLN</td> </tr> </table>	HSLN	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
		/			/	2	0	1							
HSLN															

SE NÃO APROVADO, JUSTIFICAR:

--

DATA	EMPRESA	APROVADO	CARIMBO E ASSINATURA												
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </table>			/			/	2	0	1		<table border="1"> <tr> <td>HMAG</td> </tr> </table>	HMAG	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
		/			/	2	0	1							
HMAG															

SE NÃO APROVADO, JUSTIFICAR:

--

DATA	EMPRESA	APROVADO	CARIMBO E ASSINATURA												
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </table>			/			/	2	0	1		<table border="1"> <tr> <td>HMAS</td> </tr> </table>	HMAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
		/			/	2	0	1							
HMAS															

SE NÃO APROVADO, JUSTIFICAR:

--

DATA	EMPRESA	APROVADO	CARIMBO E ASSINATURA												
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </table>			/			/	2	0	1		<table border="1"> <tr> <td>CRG</td> </tr> </table>	CRG	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
		/			/	2	0	1							
CRG															

SE NÃO APROVADO, JUSTIFICAR:

--

DATA	EMPRESA	APROVADO	CARIMBO E ASSINATURA												
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </table>			/			/	2	0	1		<table border="1"> <tr> <td>CRB</td> </tr> </table>	CRB	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
		/			/	2	0	1							
CRB															

SE NÃO APROVADO, JUSTIFICAR:

--