

TERMO DE FILIAÇÃO/CADASTRO E CIÊNCIA QUANTO AS NORMAS INTERNAS DA(S) INSTITUIÇÃO (ÕES)

- I. Eu _____ médico regularmente inscrito no CRM/DF sob o nº _____ inscrito no CPF sob o nº _____ solicito minha filiação junto a APROSS - Associação dos Profissionais de Serviços da Saúde, entidade que representa os interesses de médicos e paramédicos e outros profissionais afins a qual comprometo-me a cumprir todas as Normas Estatutárias que regulamentam as condições de filiação e por intermédio da qual solicito também meu cadastro médico no:
- Hospital Santa Lúcia - Sul
 - Hospital Santa Lúcia – Norte (Antigo Hospital Prontonorte)
 - Hospital Santa Lúcia – Gama (Antigo Hospital Maria Auxiliadora)
 - Hospital Santa Lúcia – Samambaia (Antigo Hospital Renascer)
 - Centro Radiológico de Brasília - CRB
 - Centro Radiológico do Gama - CRG
- II. Pelo presente termo ficam estabelecidas as rotinas e compromissos que devem ser seguidos pelos profissionais cadastrados/filiados, conforme abaixo:
- a) O profissional cadastrado/filiado está ciente que não existe vínculo empregatício entre ele nas empresas acima para a(s) qual (is) solicitou livremente seu cadastramento/filiação nada tendo a reclamar presente ou futuramente;
 - b) O profissional está ciente da necessidade do correto preenchimento do prontuário médico; da estrita observância às legislações vigentes, especialmente do Conselho Federal e Regional de Medicina, que regem o exercício da profissão;
 - c) O profissional declara para todos os devidos fins de direito que não possui antecedentes criminais, nunca esteve envolvido em inquérito, quer cível, administrativo ou criminal, responsabilizando-se civil e criminalmente pela veracidade das informações ora prestadas.
 - d) Em relação ao cadastramento para atuação nos hospitais, o profissional deverá possuir canal de faturamento direto com a integralidade das Seguradoras/Operadoras de Plano de Saúde com as quais o hospital mantenha contrato para atendimento seja por meio de credenciamento direto, seja por meio das associações que possuam contrato para cobrança de honorários.
 - e) De forma excepcional, quando for opção manifestada em documento próprio de prontuário concorda com o pagamento pelo hospital dos serviços médicos faturados via hospital ciente de que sobre os honorários poderão ocorrer descontos inerentes a glosas incidentes e Legislação Tributária vigente;
- III. O profissional cadastrado/filiados se compromete a responder tempestivamente aos questionamentos que porventura sejam realizados pelo(s) Hospital(is), Centro(s)

Radiológico(s) e / ou Operadoras / Seguradoras de Planos de Saúde, no prazo máximo de 05 (cinco) dias;

- IV. O profissional, no ato do cadastro, faz a opção de atender aos beneficiários de todos as Operadoras/ Seguradoras de Planos de Saúde com contratos vigentes com o(s) Hospital(is), Centro(s) Radiológico(s) ou APROSS, obrigando-se a atendê-los nas condições estabelecidas, estando ciente ser vedada a cobrança direta aos beneficiários dos órgãos convenientes.
 - a) Caso decida não atender aos beneficiários de alguma Operadora/ Seguradora de Plano de Saúde com Contrato Vigente com Hospital(is), Centro(s) Radiológico(s) ou APROSS o profissional fará a comunicação formal no ato do cadastro.
 - b) Caso a decisão em não atender aos beneficiários de alguma Operadora/ Seguradora de Plano de Saúde com Contrato Vigente com Hospital(is), Centro(s) Radiológico(s) ou APROSS ocorra posteriormente, o profissional compromete-se a comunica-los formalmente com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
 - c) O profissional compromete-se a atender aos beneficiários de todos os novos contratos firmados com as Operadoras/ Seguradoras de Plano de Saúde.
 - d) Caso decida não atender aos beneficiários de algum dos novos Convênios, compromete-se a comunicar formalmente à Diretoria Técnica/Clínica, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, após a divulgação do Informativo.
- V. O PROFISSIONAL está ciente que poderá ter seu nome e especialidade divulgado no site do(s) Hospital(is), Centro(s) Radiológico(s) ou APROSS no(s) qual(is) se Cadastrou para o(s) qual(is) concorda com o uso do nome sem qualquer ônus.
- VI. O PROFISSIONAL compromete-se a manter rigorosamente atualizados todos os seus dados cadastrais e documentações comprobatórias junto as empresas as quais filiou-se/cadastrou-se.
- VII. O PROFISSIONAL compromete-se também a não fazer, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, discriminação ou atendimento de forma distinta daquela dispensada aos beneficiários das Operadoras/ Seguradoras de Planos de Saúde com contratos vigentes com as empresas em que filiou-se/cadastrou-se em relação aos pacientes particulares;
- VIII. O PROFISSIONAL declara ciência que deverá, no ato do cadastro, informar corretamente:
 - a) Se possui vínculo com a SES/DF (SUS) bem como a quantidade de horas
 - b) A quantidade de horas semanais que prestada serviços na instituição objeto da Solicitação de Cadastro para que seja informada ao CNES/DataSUS do Ministério da Saúde ciente que o somatório total de horas não poderá superar 168 horas semanais bem como a quantidade de vínculos públicos não

poderá superar 2 e a quantidade de vínculos privados não poderá superar 5 vínculos.

- IX. O PROFISSIONAL declara, nesta oportunidade, que está ciente de todos os itens do presente termo e assume as responsabilidades, Civil e Penal pela veracidade das informações e documentações apresentadas.

Brasília-DF, ____ de _____ de 20____.

Assinatura sob Carimbo
(contendo o número do registro no CRM)

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO ACESSO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE - PEP

Eu _____ médico regularmente inscrito no CRM sob o nº _____ declaro que realizei nesta data o cadastramento médico no:

- Hospital Santa Lúcia - Sul
- Hospital Santa Lúcia – Norte (Antigo Hospital Prontonorte)
- Hospital Santa Lúcia – Gama (Antigo Hospital Maria Auxiliadora)
- Hospital Santa Lúcia – Samambaia (Antigo Hospital Renascer)
- Centro Radiológico de Brasília - CRB
- Centro Radiológico do Gama – CRG

E estou ciente do código de conduta, do regulamento e do regimento interno.

Faço saber ainda que tenho ciência de que:

1. A senha disponibilizada para acesso ao prontuário eletrônico é sigilosa, **pessoal e intransferível**, não podendo ser utilizada por terceiros, inclusive por outros profissionais médicos;
2. Caso seja necessário encaminhar o paciente para outro médico, este deverá realizar o prévio cadastro no setor responsável e solicitar senha pessoal;
3. Devo memorizar a minha senha e me comprometo a não anotá-la ou divulgá-la para terceiros, inclusive para outros médicos;
4. As prescrições médicas realizadas no prontuário eletrônico serão registradas com o meu CRM e com a data e a hora em que foram inseridas e assumo responsabilidade civil, penal e administrativa por todos os atos praticados com a minha senha;
5. O conteúdo do prontuário médico é SIGILOSOS e somente poderei divulgar qualquer informação nas hipóteses previstas em lei, comunicando imediatamente tal fato à Instituição por escrito;
6. Declaro que sou inscrito no CRM/DF sob o nº _____, estando habilitado legalmente para o exercício da medicina na especialidade de _____.

Brasília – DF, ____ de _____ de 20__

Assinatura sob Carimbo
(contendo o número do registro no CRM)

Brasília, ____ de _____ de _____.

A(o):

- APROSS – Associação dos Profissionais de Serviços da Saúde
- Hospital Santa Lúcia - Sul
- Hospital Santa Lúcia – Norte (Antigo Hospital Prontonorte)
- Hospital Santa Lúcia – Gama (Antigo Hospital Maria Auxiliadora)
- Hospital Santa Lúcia – Samambaia (Antigo Hospital Renascer)
- Centro Radiológico de Brasília - CRB
- Centro Radiológico do Gama - CRG

Nesta/

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito que o (a) médico (a) _____, é diplomado em medicina pela _____ em _____, o referido profissional é habilitado para atuação na especialidade de _____ em _____, O (a) médico (a) em questão é registrado (a) no CRM-DF sob o n.º _____.

Pela presente, o (a) apresentamos como médico (a) sócio (a) / prestador (a) da clínica _____ empresa inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o número _____.

Autorizamos ainda, para efeito de recebimentos de honorários de serviços médicos efetuados neste hospital que o referido profissional apresente Nota Fiscal da pessoa jurídica supracitada pela qual assumimos a responsabilidade pelos encargos fiscais e impostos.

Atenciosamente,

RESPONSÁVEL TÉCNICO
Assinatura/Carimbo

Parecer da Diretoria Técnica

- () Autorizado
- () Não autorizado
- () Autorizado com a restrição, a saber:

Brasília, ____ de _____ de 20__.