

FICHA DE CADASTRO MÉDICO

DADOS PESSOAIS:	
NOME: _____	
NOME DE GUERRA: _____	DATA DE NASCIMENTO: / /
SEXO: MASC.:() FEM.:()	ESTADO CIVIL: _____
ESPECIALIDADES: _____	
CRM: _____	NATURALIDADE: _____
CPF: _____	RG: _____ DATA EXPEDIÇÃO: / / ORG. EXPED. _____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____	
FILIAÇÃO:	
PAI: _____	
MÃE: _____	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	
BAIRRO: _____	CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____ Nº: _____
ENDEREÇO CONSULTÓRIO:	
BAIRRO: _____	CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____ Nº: _____
CONTATOS:	EMAIL:
TEL. RESIDENCIAL: () _____	PESSOAL: _____
TEL. CONSULTÓRIO: () _____	REPASSE MÉDICO: _____
OUTROS: () _____	AUTORIZAÇÃO/PRÉ AGENDAMENTO: _____
CEL. PESSOAL: () _____	OUTROS: _____
CEL. WHATSAPP: () _____	
POSSUI COMPROVANTE DO EXAME ANTI HBS? SIM () NÃO ()	
OBS: OS MÉDICOS QUE SE RECUSAREM A COMPROVAR A IMUNIZAÇÃO DEVEM ASSINAR O TERMO DE RECUSA-VACINAS.	
PESSOA JURÍDICA:	
RAZÃO SOCIAL: _____	CNPJ: _____
POSSUI CERTIFICAÇÃO DIGITAL? SIM () NÃO () *OBS: CASO POSSUA, ENCAMINHAR CÓPIA DE COMPROVANTE.	
DADOS BANCÁRIOS PARA REPASSE MÉDICO:	
TIPO DE CONTA: CORRENTE () POUPANÇA ()	BANCO: _____
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____ - _____
ANEXAR CÓPIAS:	
CURRÍCULO / CARTEIRA CRM / DECLARAÇÃO DE QUITAÇÃO ANUAL DO CRM / DIPLOMA / TÍTULO ESPECIALISTA (EMITIDA PELA INSTITUIÇÃO REALIZADORA) / CARTÃO DE VACINAÇÃO (CONTENDO PRINCIPALMENTE A INFORMAÇÃO DA VACINA DT) / COMPROVANTE DO EXAME ANTI-HBS / CONTRATO SOCIAL PESSOA JURÍDICA / COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.	
<u>O CADASTRO SOMENTE SERÁ CONCLUÍDO COM TODA A DOCUMENTAÇÃO LISTADA ACIMA.</u>	

RESERVADO AO ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA
CADASTRAR COMO: MÉDICO CIRURGIÃO: () MÉDICO AUXILIAR: ()

SALVADOR, _____ de _____ de _____.

MÉDICO

DIRETOR MÉDICO DO ITAIGARA MEMORIAL

AUTORIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS DOS PLANOS DE SAÚDE (CONVÊNIOS)

NOME:			
CRM:		CPF:	
PESSOA JURÍDICA:		CNPJ:	
AUTORIZAÇÃO			
<p>O ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA LTDA está autorizado a proceder com o recebimento dos honorários médicos (cirurgião, 1º Auxílio e 2º. Auxílio), provenientes dos procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes internados, sob os meus cuidados profissionais, cujos valores serão repassados por ocasião do recebimento junto aos planos de saúde (convênios).</p> <p>Os prestadores médicos que optarem pela cobrança do honorário médico pelo hospital, não poderão efetuar extra-hospital (Pessoa Física, Jurídica, Cooperativa ou Particular). Esta medida que visa evitar duplicidades de cobranças junto a operadora de planos de saúde.</p>			
<p>1- Marcar com “X” os planos de saúde (convênios) que autoriza ao Itaigara Memorial Hospital Dia fazer a cobrança e repassar posteriormente.</p> <p>2- Se optar por nenhum, marcar “Não se aplica”.</p>			
	AMIL		EMBRATEL
	APUB		FACHESF
	ASFEB		LIFE EMPRESARIAL SAÚDE
	ASSEFAZ		MEDSERVICE
	BANCO CENTRAL		NOTRE DAME/INTERMÉDICA
	CAMED		OMINT
	CASEMBRAPA		PETROBRAS DISTRIBUIDORA
	CASSEB		PLAN ASSISTE
	CASSI		PLANSERV
	CODEVASF / CASEC		PLAS JMU
			NÃO SE APLICA (pois o médico efetuará a cobrança diretamente ao convênio)
INFORMAÇÕES IMPORTANTES:			
<p>01- Evite equívocos ou duplicidade de cobranças do honorário médico, por isto mantenha seu cadastro sempre atualizado, qualquer alteração nas opções acima, preencher / assinar / carimbar este formulário e encaminhar para e-mail cadastro (cadastro@itaigaramemorial.com.br).</p> <p>02- Convênio PETROBRÁS: O IMHD não está habilitado para cobrança de honorários médicos, o profissional deverá possuir credenciamento diretamente ao plano de saúde (convênio).</p>			
ASSINATURA E CARIMBO			
<p>Salvador, _____ de _____ de _____</p> <p>_____</p>			
CIRURGIÃO			