

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outros

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Outros

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tel. residencial: \_\_\_\_\_ Tel. móvel: \_\_\_\_\_ Tel. comercial: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome da Clínica: \_\_\_\_\_

Endereço da Clínica: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Secretária: \_\_\_\_\_

( ) Centro Cirúrgico ( ) Anestesiologia ( ) Sobreaviso ( ) Pronto Atendimento ( ) Ambulatório

( ) Unidade de Internação-UI ( ) UTI ( ) Radiologia

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Dados bancários: Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

Instituição de Graduação: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão da graduação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residência médica: ( ) Sim Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( ) Não

Instituição da residência médica: \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Especialização: ( ) Sim Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( ) Não

Instituição da Especialização: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Declaro para todos os fins de Direito, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e comprometo-me a comunicar a Diretoria Técnica do Hospital sobre todas e quaisquer alterações. Declaro ainda ter lido, estar ciente e de acordo com o **Manual de Conduta Médica** e com o **Regimento Interno do Corpo Clínico**, tendo plena ciência de que estão disponíveis no site da instituição:

<https://www.homehospital.com.br/p9320.aspx>

Brasília, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional

#### PARECER DA DIRETORIA TÉCNICA

Análise Técnica: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Brasília, \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Observação da diretoria técnica:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo Diretoria Técnica

Eu, \_\_\_\_\_  
Inscrito no Conselho CRM \_\_\_\_\_  
sob o nº \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, expedido  
pelo \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_,  
com endereço residencial em \_\_\_\_\_

venho solicitar meu acesso aos sistemas eletrônicos do Hospital HOME, notadamente para lançamentos de evoluções e consultas aos prontuários dos pacientes deste nosocômio.

Declaro estar ciente que meu acesso aos sistemas eletrônicos do Hospital Home se dará unicamente por meio de senha pessoal e intrasferível, e que meus acessos a esses sistemas são registrados por razão de segurança.

Comprometo-me a manter a documentação para meu cadastro e outras exigidas por lei atualizadas e informar qualquer alteração cadastral e titulações.

Estou ciente, de forma inequívoca, que as informações constantes no prontuário médico-hospitalar, bem como todas as demais informações a que tiver acesso relativas aos pacientes desta instituição, em decorrência direta do exercício das minhas funções ou não, são sigilosas, por força do que dispõe a legislação penal, cível e as normas éticas da minha categoria profissional.

Comprometo-me a não divulgar nenhuma das informações e chaves de acesso acima mencionadas, copiar/fotografar documentos, bem como não divulgar indevidamente dados relacionamentos aos pacientes do Hospital HOME.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Profissional

Eu, \_\_\_\_\_

Inscrito no Conselho Regional - CR \_\_\_\_\_

sob o nº \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro ter ciência com relação à obrigatoriedade da vacina contra Hepatite B, Dupla (Difteria e Tétano), Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola), Febre Amarela, Influenza e Coronavírus para que eu possa desenvolver minhas atividades laborativas nesta empresa, assim, de acordo com o que dispõe a NR 32 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 597, de abril de 2004, e ao calendário ocupacional da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), este processo faz parte dos Protocolos Institucionais do SESMT/Cuidado e Segurança do Paciente, além dos benefícios provindos desta medida preventiva. Em caso de vacinação, porém, sem meios de confirmação documental/sorológica, a orientação é pela revacinação. Tenho ciência de que o ato de não imunização pode levar à contaminação e disseminação das doenças em questão para pacientes e equipe de saúde da Unidade e, por isso, responsabilizo-me sobre as possíveis consequências.

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Hepatite B (ou anti HBsAg) ( ) Sim ( ) Não                  | Mês/Ano: ____/____/____ |
| Dupla Viral (Tétano e Difteria) ( ) Sim ( ) Não             | Mês/Ano: ____/____/____ |
| Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) ( ) Sim ( ) Não | Mês/Ano: ____/____/____ |
| Febre Amarela ( ) Sim ( ) Não                               | Mês/Ano: ____/____/____ |
| Influenza ( ) Sim ( ) Não                                   | Mês/Ano: ____/____/____ |
| Coronavírus 1ª Dose ( ) Sim ( ) Não                         | Mês/Ano: ____/____/____ |
| Coronavírus 2ª Dose ( ) Sim ( ) Não                         | Mês/Ano: ____/____/____ |
| Tríplice Viral  | Mês/Ano: ____/____/____ |

Afirmo que fui orientado(a) a seguir todos os protocolos institucionais do Hospital HOME para controle de infecção e utilizar os equipamentos de proteção individual fornecidos a mim pela instituição.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Profissional