

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