

**Documentos necessários para cadastro:**

RG, CPF

Diplomas de Graduação e estágio na área em que solicita o cadastro

Currículo Completo

Comprovante de residência

Certificado de Curso de Suporte Básico a Vida - BLS (se tiver)

01 foto 3x4 fundo branco sorrindo

Carteirinha de vacinação Atualizada

COREN e comprovante de pagamento (para enfermeiros e técnicos de enfermagem)

ANIC (para Instrumentadores)

Titulo da Sociedade Brasileira de Circ. Extracorpórea (Perfusionistas)

Carta de recomendação do médico responsável (ou responsável técnico) da equipe onde irá atuar.

**OBS:** O processo de credenciamento terá início **somente mediante apresentação de todos os documentos solicitados**, os quais deverão ser entregues pessoalmente no HIS 16º andar-SAM, ou de forma digitalizada para [sam@sabara.com.br](mailto:sam@sabara.com.br)

Nome: \_\_\_\_\_ Equipe: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional  Enfermeiro  Instrumentador  Perfusionista  Outros: \_\_\_\_\_

Nº Registro da Classe COREN: \_\_\_\_\_ ANIC: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data de Nascto: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fone Contato.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Indicado Por (2 profissionais credenciados): \_\_\_\_\_

Formação Acadêmica Superior / Curso: \_\_\_\_\_

Instituição (faculdade/escola): \_\_\_\_\_ Ano/Conclusão.: \_\_\_\_\_

Estágio 1: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Ano/Conclusão.: \_\_\_\_\_

Estágio 2: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Ano/Conclusão.: \_\_\_\_\_

**Outros locais que exerce suas atividades profissionais:**

Hospital \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**Pessoa Jurídica**

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

**Em caso de algum problema de saúde, entrar em contato com:**

Contato \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Seguro Saúde atual: \_\_\_\_\_ Carteirinha Nº: \_\_\_\_\_

Hospital de referencia preferencial: \_\_\_\_\_

**Concessão de Privilégios Outros Profissionais as Saúde**

Privilégios	Profissional	Diretoria	
	Solicitado	Concedido	Negado
Procedimentos de enfermagem prestados aos pacientes submetidos à hemodialise			
Instrumentação cirurgica			
Perfusão/ECMO			
Serviços na área de Psicologia			
Serviços na área de Nutrição			
Outros: _____			

**Critérios para a concessão de privilégios**

Apresentação de Documentos comprobatórios:  
 Certificado de conclusão de Residencia e/ou Curso de Especialização

**Declaro que li e entendi os critérios para a concessão de privilégios principais e especiais e, ao solicitar os privilégios mencionados acima, confirmo que tenho experiência e/ou treinamento adequado.**

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional

**Controle Interno**

**Após entrevista com o profissional e apresentação dos documentos solicitados, informamos que o mesmo encontra-se apto a exercer as funções de assistenciais em sua área de especialização nesta instituição, conforme categoria de credenciamento indicada acima.**

Diretoria Técnica ou Clínica: \_\_\_\_\_ Data da Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data da Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data de Desligamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Controle Interno**

- RG     CPF     Carteirinha de vacinação     Diplomas     Compr. de Residência     CV resumido     Certif. Estágio     Foto  
 Registrto da classe     Titulo (perfusionista)

Registro da Classe validado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data do Recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Avenida Angelica, 1987 - Higienopolis - CEP.01227-200 São Paulo / SP  
 Tel.: (011) 3155 2800 faleconosco@sabara.com.br