

A revalidação do cadastro será realizada pela Diretoria Clínica e Técnica tendo como base a avaliação do desempenho do profissional no período em que permaneceu credenciado na instituição. Para dar início à atualização cadastral, este formulário deverá ser entregue devidamente preenchido e acompanhado de cópias dos certificados de novas especializações realizadas em sua área de especialidade (títulos acadêmicos) dos últimos 3 (três) anos, manifestando assim o interesse em permanecer cadastrado na instituição. Para ampliação dos Privilégios, faz-se necessário o envio dos certificados referentes à nova especialidade e/ou área de atuação, os documentos podem ser entregues pessoalmente no HIS 16º andar-SAM, ou de forma digitalizada para sam@sabara.com.br

Nome: _____

Principais áreas de interesse: _____ Cat. De Credenciamento: Interno Externo

Especialidade: _____ CRM: _____ Equipe: _____

CPF: _____ RG: _____ Dt de Nascto: ____ / ____ / ____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Fone Contato.: _____ Celular : _____

E-Mail: _____

Endereço Consultório: _____

Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone Coml.: _____

Formação Acadêmica Superior / Curso: _____

Instituição (faculdade).: _____ Ano/Conclusão.: _____

Residência Médica 1: _____

Instituição (Hospital): _____ Ano/Conclusão.: _____

Residência Médica 2: _____

Instituição (Hospital): _____ Ano/Conclusão.: _____

Título Especialista 1: _____ Instituição: _____ Ano: _____

Título Especialista 2: _____ Instituição: _____ Ano: _____

Certificado PALS : CIAPED ATLS ACLS PALS CUESRP do HIS CONCLUSÃO _____

Mestrado: _____ Instituição: _____ Ano: _____

Doutorado: _____ Instituição: _____ Ano: _____

Livre Docência _____ Instituição: _____ Ano: _____

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

Contato _____ Celular : _____

Seguro Saude atual: _____ Carteirinha Nº: _____

Hospital de referencia preferencial: _____

Concessão de Privilégios Médicos			
Privilégios	Médico	Diretoria	
	Solicitado	Concedido	Negado
Privilégios Pediátricos Principais: estes privilégios incluem a capacidade de admitir e tratar pacientes pediátricos em geral a pacientes não cirurgicos.			
Privilégios Cirúrgicos Principais: estes privilégios incluem a capacidade de assistir/realizar cirurgias, exceto procedimentos especiais.			
Procedimentos especiais Pediátricos: estes privilégios incluem a capacidade de realizar procedimentos complexos.			
Anatomia patológica/Patologia clinica			
Anestesia			
Ecocardiograma			
Eletroencefalografia			
Broncoscopia/Endoscopia/Colonoscopia			
Hemodiálise			
Procedimentos Hemodinâmicos			
PH metria			
Punção Lombar / Liquor			
Quimioterapia			
Radiologia			
Passagem de Cateter venoso			
Privilégios Clínicos e/ou Cirurgicos Especiais: estes privilégios incluem a capacidade de realizar atividades clínicas ou cirurgicas específicas: _____			
Consultorios/Centro de Excelência SABARA: Especialidade _____			
Plantões no Pronto Socorro: <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Otorrino <input type="checkbox"/> Ortopedia			
Plantões nas Unidades: <input type="checkbox"/> de Internação <input type="checkbox"/> de Terapia Intensiva			
DASA: este privilégio inclui a responsabilidade Técnica do Laboratório DASA			
Privilégio - Coordenar Equipes: este privilégio inclui a capacidade de coordenar equipes.			
Crítérios para a concessão de privilégios Apresentação de Documentos comprobatórios: Certificado de conclusão de Residência e/ou Curso de Especialização Título de especialista Experiência comprovada (relatório de cirurgias realizadas em outras instituições)			
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.			
_____ Assinatura do Médico			Data: ____/____/____
Após avaliação de desempenho e da vigência da documentação recebida, declaro que o profissional permanece autorizado a exercer suas funções médicas em sua área de atuação na instituição, conforme a categoria de credenciamento indicada acima e privilegios autorizados.			
Diretoria Técnica ou Clínica: _____		Data de Admissão: ____/____/____	
		Data da atualização: ____/____/____	
		Desligamento: ____/____/____	