



CADASTRO MÉDICO EFETIVO

Nº Cadastro: _____

() ATUALIZAÇÃO ____/____/____

NOME: _____

CRM/SP: _____ NACIONALIDADE: _____ DATA NASC.: ____/____/____

RG.: _____ CPF: _____

CÔNJUGE: _____ DATA NASC.: ____/____/____

FILHOS: () SIM () NÃO

CELULAR: _____ E-MAIL: _____

RESIDENCIAL

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

TELEFONES: _____

COMERCIAL

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

TELEFONES: _____ E-MAIL COMERCIAL: _____

NA MINHA AUSÊNCIA CONTATAR: _____

CELULAR: _____ TEL. COMERCIAL: _____

GRADUAÇÃO (INSTITUIÇÃO): _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

RESIDÊNCIA/INSTITUIÇÃO:

1. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

2. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

ESPECIALIZAÇÃO/INSTITUIÇÃO:

1. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

2. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

TÍTULO DE ESPECIALISTA/INSTITUIÇÃO:

1. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

2. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

PÓS-GRADUAÇÃO/INSTITUIÇÃO:

1. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

2. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

3. _____ CONCLUSÃO: ____/____/____

TREINAMENTO DE SUPORTE À VIDA: _____

() ALSO () ATLS () ACLS () PALS () BLS () SAVA CONCLUSÃO: ____/____/____

MEMBRO DE EQUIPE MÉDICA INTERNA: () SIM () NÃO

() Anestesiologia () CDI

() Médico Ambulatório () Intensivista Adulto / Pediátrico

() Hospitalista Adulto / Pediátrico () () Outros: _____

ASSINATURA MÉDICO: _____

GERÊNCIA MÉDICA: _____ DATA: ____/____/____

() APROVADO () NÃO APROVADO

CONTATOS – RELACIONAMENTO MÉDICO:

Telefones: (11) 5576.0450 / 0457 / 0607 – relacionamentomedico@aacd.org.br



CADASTRO MÉDICO EFETIVO

Para atuar no Hospital AACD é necessário que o profissional esteja devidamente credenciado ao Corpo Clínico. O cadastro deve ser realizado junto ao setor de Relacionamento Médico mediante a apresentação dos documentos abaixo:

- Ficha de Cadastro Médico Efetivo devidamente preenchida e assinada;
- Ficha de Outorga Profissionais Médicos AACD devidamente preenchida e assinada de acordo com a área de atuação;
- Carta de Recomendação preenchida e assinada por um médico credenciado no Hospital;
- Foto 3x4;
- Cédula ou carteira de identidade de médico emitida pelo CREMESP;
- Diploma de graduação (frente e verso);
- Título de especialista;
- Currículo atualizado no ano vigente;
- Certidão de Quitação do CREMESP emitida no ano vigente;
- Certidão Ético-profissional do CREMESP emitida no ano vigente;
- Declaração de Potenciais Conflitos de Interesses devidamente preenchida e assinada;
- Termo de Adesão ao Código de Conduta da AACD devidamente preenchido e assinado;
- Ficha de Confirmação de Recebimento via Hospital devidamente preenchida e assinada (opcional);
- Formulário de Estacionamento devidamente preenchido e assinado (opcional);

Obs.: Para médicos clínicos, anesthesiologistas e pediatras, é necessária a apresentação de treinamento válido em Suporte Avançado de Vida compatível com a especialidade (ACLS, PALS, SAVA).

Endereço para entrega dos documentos:

AACD Ibirapuera

Av. Professor Ascendino Reis, 724

Piso Térreo – Hospital

São Paulo – SP – CEP 04027-000

E-mail: relacionamentomedico@aacd.org.br

Telefones: (11) 5576.0450 / 0457 / 0607