HOSPITAL MÃE DE DEUS

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

Como condição à deferência para meu requerimento a recadastramento como médico para exercer atividades na Instituição, estou de acordo com o que segue:

Compreendendo plenamente que quaisquer incorreções relativas às minhas afirmações ou omissões presentes neste requerimento podem constituir motivo para negação do meu credenciamento ou ocasionar suspensão preventiva de minhas atividades. Tenho como fiéis e verdadeiras todas as informações por mim apresentadas tanto quanto me foi dado entender.

Reconheço que tenho acesso a uma cópia das "Regras Gerais para a Atividade médica na Instituição" e que estou familiarizado como o Conselho Regional de Medicina - CRM e que concordo em seguir estas condições caso me seja deferido credenciamento e/ou habilitações clínicas. Além disso, concordo em submeter-me às normas e regulamentos estabelecidos pelo Corpo clínico e pelo hospital.

Estou ciente que para aprovação do meu cadastro e estabelecimento de minhas habilitações clínicas, as fontes médicas oficiais e aquelas por mim citadas serão averiguadas e neste ato isento de responsabilidade todos os representantes do Hospital e dos seus médicos de quaisquer e de todos os seus atos ou declarações, prestadas ou comunicadas a qualquer tempo em boa fé e sem dolo correlacionadas à avaliação de meu credenciamento, antecedentes e de minhas qualificações. Pelo presente instrumento isento de responsabilidade em igual grau quaisquer ou todos os indivíduos que prestarem informações ao Hospital ou aos representantes dos médicos que nele militam em boa fé, no que se refere à minha competência profissional, ética, caráter, estado de saúde, e outras qualificações para a aprovação de meu cadastramento e prerrogativas clínicas.

Por este instrumento dou meu consentimento para que estas informações sejam prestadas e renuncio a quaisquer e todos os direitos de busca ou de análise das informações contidas nas referências pessoais e profissionais utilizadas no meu processo de credenciamento. Este acordo se faz necessário para que seja garantido o caráter confidencial das opiniões expressas pelos participantes no processo da avaliação. Compreendo que, na qualidade de requerente, para que seja aceito o meu cadastro, tenho a responsabilidade de prestar informações adequadas para que, quando das avaliações de minha competência profissional, caráter, padrão ético e outras qualificações ou esclarecimento de quaisquer pendências relativas a estas qualificações, estas sejam realizadas de maneira apropriada. Concordo em comparecer às entrevistas perante à Administração e/ou a quaisquer comissões de médicos, sempre que assim me for solicitado. Atesto que não requisitei habilitações clínicas para quaisquer procedimentos para os quais não me encontre qualificado.

Entendo que o certificado de especialização não necessariamente me qualifica para o desempenho de determinados procedimentos. Todavia, acredito que seja qualificado para desempenhar todos os procedimentos para os quais requisitei habilitações. Além disso, atesto que me encontro em boa saúde e que disponho de capacidade física e mental para o desempenho de minhas obrigações e responsabilidade como médico com cadastro aprovado na Instituição. Concordo em informar quaisquer alterações em meu estado de saúde, considero adequado pelas comissões de credenciamento para este fim e que fornecerei todas as evidências cabíveis de meu estado de saúde caso sejam assim solicitadas.

Nome em letra de forma _____

Assinatura_____

CRM _____

Data_____/_____/_____ Local _____