

Documento <b>FORMULÁRIO DE CREDENCIAMENTO E ADMISSÃO MÉDICA AO CORPO CLÍNICO</b>	Arquivo eletrônico F-CRED_ADMISSAO_CC-01	Versão <b>1</b>
		Próxima Revisão <b>10/12/2027</b>

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO****Hospital e Clínica São Lucas****CNPJ: 02.476.488/0001-53****E-mail: [cadastromedico@hcsaolucas.com.br](mailto:cadastromedico@hcsaolucas.com.br)****Site: [www.hcsaolucas.com.br](http://www.hcsaolucas.com.br)****Destinatário: Comissão de Credenciais do Hospital e Clínica São Lucas****Finalidade: Solicitação de Credenciamento e Admissão ao Corpo Clínico****1. DADOS DO MÉDICO(A):**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CRM-SC: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Especialidade e Número de Registro no CRM-SC \_\_\_\_\_

E-mail de contato: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**2. CATEGORIA DE ADMISSÃO PRETENDIDA:**

( ☐ ) **Membro Aspirante:** Médico com capacitação técnica e científica devidamente comprovada, autorizado a assistir pacientes conforme as normas vigentes. Esta condição será válida por um período probatório de 3 (três) anos. Após esse período, e mediante atuação regular e contínua, o profissional poderá solicitar à Comissão de Credenciais a mudança para Membro Efetivo e mediante parecer favorável da Comissão de Credenciamento, homologado pela Direção Técnica.

**O Membro Aspirante somente adquirirá o direito de voto nas Assembleias Gerais do Corpo Clínico após 12 (doze) meses de atuação contínua na Instituição, permanecendo inelegível para cargos de representação durante o período probatório de 3 (três) anos, até que seja avaliado para promoção a Membro Efetivo do Corpo Clínico, categoria para a qual são destinados exclusivamente os cargos de representação.**

( ☐ ) **Membro Temporário:** Médico com capacitação técnica e científica devidamente comprovada, em conformidade com as normas estabelecidas no Regimento Interno, com a permissão para realizar atendimentos em caráter pontual, sem vínculo permanente ou regular com a instituição, autorizados a atender ocasionalmente, de acordo com as necessidades específicas ou demandas eventuais.

**O Membro Temporário não possui direito de voto nas Assembleias Gerais do Corpo Clínico e não é elegível para cargos de representação.**

**3. DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:**

Todos os arquivos devem ser enviados em formato PDF, legíveis e atualizados.

- 1) ( ☐ ) Cadastro como Pessoa Física (PF)
- 2) Dados Bancários (Pessoa Física)
- 3) Declaração de inscrição ativa no CRM-SC (Pessoa Jurídica);
- 4) ( ☐ ) Cadastro como Pessoa Jurídica (PJ) – Razão Social \_\_\_\_\_ e  
Responsável Técnico \_\_\_\_\_.
- 5) Carteira profissional do CRM-SC;
- 6) Certificado de Regularidade da Pessoa Jurídica (CRM-SC) + Cartão CNPJ + Dados bancários (Pessoa Jurídica).
- 7) Currículo (memorial descritivo) com formação, experiência e atividades científicas;

Documento <b>FORMULÁRIO DE CREDENCIAMENTO E ADMISSÃO MÉDICA AO CORPO CLÍNICO</b>	Arquivo eletrônico F-CRED_ADMISSAO_CC-01	Versão 1
		Próxima Revisão 10/12/2027

- 8) Documentos pessoais: RG, CPF, Título de Eleitor e Comprovante de residência;
- 9) Diploma de Graduação em Medicina;
- 10) Especialidade (com RQE no CRM-SC): O exercício da especialidade médica requer registro de qualificação de especialista (RQE) ativo e validado junto ao CRM-SC.
- 11) Ficha do CNES preenchida e assinada (link: [https://drive.google.com/file/d/131uP81LzUo\\_uydtcmAWU9sqPGhruPV3p/view](https://drive.google.com/file/d/131uP81LzUo_uydtcmAWU9sqPGhruPV3p/view)).
- 12) Foto profissional (3x4 ou digital em alta resolução);
- 13) Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

**A apresentação completa e correta de todos os documentos constitui requisito indispensável para a análise e aprovação pela Comissão de Credenciais, sendo condição necessária para a formalização do Contrato de Prestação de Serviços Médicos. O não cumprimento desta exigência implicará a suspensão ou no indeferimento do credenciamento.**

- 14) Contrato de Prestação de Serviços.

#### INSTRUÇÕES FINAIS

- Este formulário deve ser obrigatoriamente preenchido e assinado eletronicamente, sendo o envio da documentação condição indispensável para a abertura e análise do processo de credenciamento.
- Todos os dados informados e documentos anexados serão submetidos à apreciação da Comissão de Credenciais, que, nos termos do Regimento Interno do Corpo Clínico do Hospital e Clínica São Lucas, poderá, com base em critérios técnicos, éticos e regimentais, solicitar esclarecimentos adicionais ou a apresentação de documentação complementar, a fim de assegurar a completa instrução e regularidade do processo.
- O não atendimento aos requisitos estabelecidos acarretará a inadmissibilidade da solicitação.
- O resultado da análise será comunicado formalmente ao requerente, por meio dos canais institucionais oficiais, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de abertura do processo de credenciamento.
- A renovação cadastral deverá ocorrer a cada 3 (três) anos ou sempre que houver alteração de vínculo, especialidade ou dados pessoais.

#### 4. DECLARAÇÃO

( ) Declaro, para os devidos fins, estar ciente e de acordo com o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), o Regimento Interno do Corpo Clínico do Hospital e Clínica São Lucas, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, bem como as demais normas legais e institucionais aplicáveis.

Declaro, ainda, ter ciência das disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e comprometo-me a adotar condutas compatíveis com os princípios de privacidade e segurança no tratamento de dados pessoais, especialmente os dados de pacientes, colaboradores e demais titulares.

Em caso de dúvidas ou solicitações relacionadas à proteção de dados pessoais, o contato com o Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (DPO) do Hospital e Clínica São Lucas poderá ser realizado pelo e-mail: [dpo@hcsaolucas.com.br](mailto:dpo@hcsaolucas.com.br).

As informações sobre o tratamento dos dados pessoais podem ser consultadas na Política de Privacidade disponível em: <https://hcsaolucas.com.br/wp-content/uploads/2025/02/Aviso-de-Privacidade-Site-2025-Sao-Lucas.docx.pdf>

Por fim, declaro que todas as informações prestadas neste formulário e os documentos anexados são verdadeiros, completos e atualizados, estando ciente de que a omissão ou falsidade de informações poderá implicar o indeferimento do credenciamento ou em seu cancelamento posterior.

Local, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.

Ciente, assino:

\_\_\_\_\_

**Médico (a)**

**Assinatura eletrônica padrão ICP-Brasil ou GOV.BR:**