

TERMOS E DECLARAÇÕES
Relacionamento Médico

Declaração

Declaro para os devidos fins que os documentos, informações cadastrais e curriculares anexos ao presente pedido de habilitação profissional para credenciamento no Hospital São Camilo Oncologia, representam a verdade. Estou ciente que eventuais omissões ou declarações falsas acarretarão na nulidade do presente requerimento e de eventual credenciamento ao corpo clínico.

Autorização

Estou ciente que as informações e documentos apresentados serão avaliados pelo Diretor Clínico. Desde já autorizo o Diretor Clínico do Hospital a proceder com diligência perante outras instituições de saúde a fim de obter referências, conferência de qualificações, competências e comportamento em relação à comunidade médica e hospitalar.

Credenciamento

Estou ciente que a habilitação e a apresentação preliminar de documentos para credenciamento ao corpo clínico e a efetivação dependerá dos critérios estabelecidos pelas comissões de credenciamento.

Declaro estar de acordo com as respectivas regras, presentes no Regimento Interno do Corpo Clínico e das diretrizes de credenciamento.

Conformidade

Estou de acordo com as regras de compliance e anticorrupção adotadas pelo Hospital São Camilo Oncologia. Desde já declaro estar de acordo com a realização dos treinamentos obrigatórios para membros do corpo clínico (quando solicitado), especialmente aqueles relacionados ao compliance e qualidade, bem como com as regras internas do hospital, fornecimento de OPME, medicamentos, boas práticas reconhecidas pelo CFM, regimento interno do corpo clínico, manual de conduta e outros.

Autonomia e Responsabilidade

Declaro estar ciente que o médico credenciado atua com autonomia técnica, não havendo qualquer responsabilidade do Hospital São Camilo Oncologia sobre as condutas profissionais e técnicas adotadas por mim para os meus pacientes. Desde já concordo em observar as políticas institucionais, rotinas, fluxos internos, regulamentos e regimentos internos, especialmente quanto ao relacionamento com paciente e colaboradores, boas práticas, OPME e outros.

Confidencialidade e Proteção de Dados

As informações e documentos fornecidos serão utilizados exclusivamente para fins de credenciamento e cadastro no corpo clínico.

Desde já autorizo, em caso de credenciamento, a divulgação de meus dados no site do Hospital, como profissional integrante do corpo clínico. Autorizo ainda o Hospital a encaminhar para o meu e-mail ou através de mensagem por telefone celular convites, informativos e outras comunicações relacionadas ao corpo clínico e as atividades do grupo.

Autorização de uso de imagem

Desde já autorizo a utilização de minha imagem para divulgação de eventos médicos, eventos institucionais e divulgação do corpo clínico em sites e páginas de rede sociais institucionais.

Estou ciente que não são permitidas realização de fotos, filmagens ou gravações nas instalações do Hospital ou utilizando vestuário com a logomarca do hospital, sem prévia e expressa autorização. Imagens com pacientes somente serão permitidas desde que não exponham a logomarca do Hospital ou qualquer área do recinto e somente devem ser realizadas mediante solicitação e com o consentimento expresso do paciente.

Ética

Declaro atuar de acordo com o Código de Ética Médica Profissional (2018) e com as demais resoluções emanadas do CFM e dos respectivos Conselhos Regionais, especialmente as resoluções 1614/2001, 1956/2010 e 273/2015 sem prejuízos de outras.

_____, ____ de _____ de 20____.