

Documentação

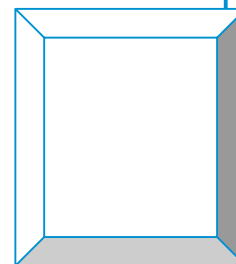
- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Solicitação Credenciamento Pesquisador Assinada COMIC; |
| <input type="checkbox"/> | Autorização para Execução da Pesquisa HSM; |
| <input type="checkbox"/> | 2 Fotos (3 x 4); |
| <input type="checkbox"/> | Currículo Atualizado e Simplificado; |
| <input type="checkbox"/> | Documentos de identificação; |
| <input type="checkbox"/> | Identificação Profissional do DF- Carteira CRM, CREFITO, CRF - (Cópia AUTENTICADA) |
| <input type="checkbox"/> | Título de Especialista Emitido pela Sociedade Brasileira de Especialidade (Cópia AUTENTICADA); |
| <input type="checkbox"/> | Diploma Frente e Verso (Cópia AUTENTICADA); |
| <input type="checkbox"/> | Declaração de matrícula vigente na instituição de ensino; |
| <input type="checkbox"/> | Comprovante de Residência; |

Nome: _____ CRM/DF: _____

Venho solicitar o credenciamento no Hospital Santa Marta para execução da pesquisa / evento científico intitulada(o):

Setor:

Período:



Anexo meus dados cadastrais e curriculares.

Tomei conhecimento e declaro anuência ao Regimento Interno do Hospital Santa Marta, às suas normas e determinações administrativas.

Autorizo o Hospital Santa Marta, por meio de sua Diretoria Assistencial e, por seu(s) representante(s), a diligenciar junto a outros Hospitais e/ou Instituições Médicas para conferir as informações sobre minhas qualificações, saúde e competências.

Neste mister, e nos limites da ética e da boa fé, isento-os de qualquer responsabilidade.

Declaro que todas as informações cadastrais e curriculares aqui prestadas são verdadeiras, reconhecendo que as declarações falsas ou omissões relevantes, nulificam a aceitação do pedido de credenciamento.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Médico Solicitante

Parecer

Período Coleta de Dados/Aula: _____

Comissão Científica HSM

Assinatura/Carimbo