

Título

# AUTORIZACAO PARA ATUACAO EVENTUAL DE PROFISSIONAL NAO COOPERADO NO HOSPITAL

Código

FM-DIR-008

Revisão

008

Data

21/05/2024

Página

1 de 2

- Conforme **Capítulo V Artigo 8º do Regimento Interno do Hospital Unimed e Maternidade e Pronto Atendimento Unimed:** “O Corpo Clínico do Hospital Unimed Sul Capixaba é integrado por todos os médicos, cooperados ou não, nele inscritos e aceitos, devidamente inscritos e adimplentes no CRM-ES e legalmente habilitados para o exercício da Medicina, aos quais é deferido prestar assistência aos pacientes da instituição e usufruir de seus recursos disponíveis”.
- Artigo 9º, parágrafo III – São Membros eventuais –** “médicos não integrantes ao Corpo Clínico do Hospital Unimed Sul Capixaba que realizam internação e a assistência de pacientes em suas dependências, mediante convite e/ou autorização da diretoria da instituição sem regularidade de atuação estabelecida. Neste caso, deverão respeitar o presente Regimento Interno e as normas técnicas da Instituição, com a supervisão da Diretoria Clínica”.
- Atendendo ao disposto no Capítulo II, alínea VI do Código de Ética Médica de 27 de setembro de 2018, “É Direito do Médico internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição”. Fica estabelecido que o acesso de médicos eventuais nas unidades hospitalares da Unimed Sul Capixaba **somente poderá ocorrer com a autorização prévia da Diretoria.**
- Se adimplente e devidamente registrado no conselho profissional, enviar documentos para análise da Secretaria do Hospital Unimed (secretariahu@unimedsulcapixaba.coop.br), com antecedência mínima de 5 dias úteis.
  - Este formulário devidamente preenchido (via Survio);
  - Cópia do Registro Profissional (Carteira com foto);
  - Cópia do Seguro de Responsabilidade Civil;
  - Termo de responsabilidade para atuação como médico eventual nos Recursos Próprios – FM-DIR-026;
  - Declaração da instituição onde o médico realiza a residência médica (**apenas para médicos residentes**).
- Somente após autorização da Diretoria de Recursos Próprios e/ou Técnica e/ou Clínica o procedimento poderá ser agendado (exclusivamente de forma on-line) e realizado.
- O acesso às dependências do Hospital Unimed deve ser feito pela Recepção Central. A senha temporária para uso do sistema MV (prontuário online) será liberada por até 90 dias e deve ser utilizada para a realização de procedimentos relacionados à especialidade autorizada. Caso contrário, uma nova autorização deve ser formalmente solicitada.
- A remuneração médica, quando de responsabilidade da Unimed Sul Capixaba, deve ser previamente acordada com a Diretoria de Recursos Próprios, Diretoria de Provimento de Saúde e/ou Superintendência de Recursos Próprios (autorização neste documento).
- O paciente deve assinar no ato da internação o termo de ciência sobre a participação de médico eventual (**OD-DIR-010**).

## DADOS DO PROCEDIMENTO

Nome do profissional eventual:

Nº de Registro Profissional:

Especialidade:

Instituição em que atua:

Nome do Paciente:

Data nascimento: / /

Procedimento:

 Programação do procedimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_  Eletivo  Urgência  Clínico  Cirúrgico

---

 Assinatura do Profissional

Título

**AUTORIZACAO PARA ATUACAO  
EVENTUAL DE PROFISSIONAL NAO  
COOPERADO NO HOSPITAL**

Código

FM-DIR-008

Revisão

008

Data

21/05/2024

Página

2 de 2

**APROVAÇÃO PARA ATUAÇÃO** Sim  Não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Considerações do Diretor: (preencher em caso de não aprovação)

**Criar cadastro no Sistema PEP?**  Sim  Já existe cadastro  Não, paciente será prescrito por membro do corpo clínico

---

Assinatura do Diretor Clínico/ Técnico**EM CASO DE PROCEDIMENTO / INTERNAÇÃO REMUNERADA PELA INSTITUIÇÃO**Remuneração do Profissional:  Unimed Sul Capixaba  Outras Operadora de Saúde Sim  Não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Considerações do Diretor / Superintendente (preencher em caso de não aprovação)

---

Assinatura da Direção / Superintendência de Recursos Próprios