

Checklist para Credenciamento Atendimento no Hospital Felício Rocho

- Carteira do Conselho / CRM;
- Cópia do CPF e Carteira de Identidade;
- Diploma de Graduação;
- Título de Especialista, Certificado; Declaração de conclusão de especialização, ou residência médica, serão aceitas com a validade de três meses a partir da data de emissão;
- Cópia do número de inscrição no INSS/PIS;
- Declaração nada consta no CRM;
- Preenchimento da Ficha Cadastral;
- Preenchimento da Ficha SUS -
- Anexo 02 - Declaração assinada pelo Diretor Técnico do Hospital – **médicos cursando aResidência**;
- Anexo 03 - Declaração assinada pelo Coordenador da Equipe;
- Ficha de Inclusão para Auxílio Cirúrgico – **médicos que irão auxiliar em cirurgias**;
- Comprovante de endereço;
- Conta Corrente na CREDICOM - Agência 4027 Pessoa Física;
- Carta de Apresentação com assinatura de dois médicos cooperados a FELICOOP.

Obs: Atentar se para especificar as especializações na ficha de matrícula.

Caso sejam preenchidos os requisitos determinados no Estatuto, o interessado em se cooperar na FELICOOP deverá:

Os documentos devem ser entregues na FELICOOP, ou enviado no e – mail: fatima.santos@felicoop.org.br para que sejam apresentados a Diretoria. Caso sejam preenchidos os requisitos determinados no Estatuto, o interessado em se cooperar na FELICOOP deverá:

Integralizar o valor de R\$ 1.000,000 referente a taxa de integralização.



1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

24 - DADOS DO PROFISSIONAL

CADASTRAMENTO

SUS

NÃO SUS

24.1 - Dados de Identificação

24.1.1 - Nome do Profissional *

24.1.2 - PIS/PASEP

24.1.3 - CPF *

24.1.4 - Código CNS

24.1.5 - Sexo *

 M F

24.1.6 - Nome da Mãe *

24.1.7 - Nome do Pai

24.1.8 - Data do Nascimento do Profissional *

24.1.9 - Município de Nascimento *

24.1.10 - Código IBGE do Município *

24.1.11 - UF *

24.1.12 - Raça/Cor

24.1.13 - Certidão/Tipo

24.1.14 - Nome do Cartório

24.1.15 - Livro

24.1.16 - Fls

24.1.17 - Termo

24.1.18 - Data de Emissão

24.1.19 - Nº Identidade *

24.1.20 - Órgão Emissor *

24.1.21 - UF *

24.1.22 - Data de Emissão *

24.1.23 - Nacionalidade *

 Brasileiro Estrangeiro

24.1.24 - País de origem (nascimento)

24.1.25 - Data de Entrada

24.1.26 - Data de Naturalização

24.1.27 - Nº da Portaria

24.1.28 - Nº Título de Eleitor

24.1.29 - Zona

24.1.30 - Seção

24.1.31 - CTPS Número

24.1.32 - Série

24.1.33 - UF

24.1.34 - Data de Emissão

24.1.35 - Escolaridade *

24.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal

24.1.37 - Frequenta Escola?

 Sim Não

24.2 - Dados Residenciais

24.2.1 - Tipo Logradouro *

24.2.2 - Logradouro *

24.2.3 - Número *

24.2.4 - Complemento

24.2.5 - Bairro/Distrito *

24.2.10 - Telefone

24.2.6 - Município de Residência *

24.2.7 - Código IBGE do Município *

24.2.8 - UF *

24.2.9 - CEP *

24.3 - Dados Bancários

24.3.1 - Banco

24.3.2 - Agencia

24.3.3 - Conta Corrente

24.4 - Vínculos

24.4.1 - Registro no Conselho de Classe *

24.4.2 - Órgão Emissor *

24.4.3 - Atendimento ao SUS *

 SIM NÃO

24.4.4 - Vinculação *

24.4.5 - Carga Horária *

 Ambulatorial Hospitalar Outros

24.4.6 - Especialidade *

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Obs.: Os campos indicados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório para os profissionais SUS

Obs.: Os campos 24.1.1; 24.1.3; 24.4.1; 24.4.2; 24.4.4 e 24.4.6 são de preenchimento obrigatório para os profissionais Não SUS

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

FICHA DE MATRÍCULA DO COOPERADO (PESSOA FÍSICA)Matrícula:

PREENCHIMENTO PELO COOPERADO

Data Admissão:

Nome: _____ CPF: _____ Data de Nasc.: _____

Nome da Mãe: _____ Nome do Pai: _____

Raça/Cor: Seleccione Estado Civil: Seleccione Sexo: Seleccione Nacionalidade: Seleccione

País de Nascimento: Seleccione Estado Nasc.: _____ Município Nasc.: _____

RG: _____ Órgão Emissor RG: Seleccione Data de Emissão RG: _____

Nº INSS: _____ PIS: _____ Nº do ISS: _____ CNS: _____

Conselho: CRM/MG Nº Conselho: _____ Data de Emissão: _____ Grau de Instrução: Seleccione

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade?: Seleccione

Deficiência: Física Visual Auditiva Mental Intelectual**CLASSIFICAÇÃO DE CONDIÇÃO DE TRABALHO ESTRANGEIRO NO BRASIL**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.Visto Permanente | <input type="checkbox"/> 7.Com residência provisória e anistiado em situação irregular |
| <input type="checkbox"/> 2.Visto Temporário | <input type="checkbox"/> 8.Permanecia no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros |
| <input type="checkbox"/> 3.Asilado | <input type="checkbox"/> 9.Deficiente físico com mais de 51 anos |
| <input type="checkbox"/> 4.Refugiado | <input type="checkbox"/> 10.Residente em País Fronteiriço ao Brasil |
| <input type="checkbox"/> 5.Solicitante de Refúgio | <input type="checkbox"/> 11.Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul |
| <input type="checkbox"/> 6.Dependente de agente diplomático e/ou consultar países que mantém convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil | <input type="checkbox"/> 12.Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federal do Brasil e República Portuguesa |

Nº RNE: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão RNE: _____

Data Naturalização: _____ Casado com Brasileiro: Seleccione Filho Brasileiro: Seleccione Data Chegada Brasil: _____

DADOS BANCÁRIOS

Nº Banco: Seleccione Banco: Seleccione Agência: _____ Conta Corrente: _____

DECLARAÇÃO: O(a) cooperado(a) se declara CIENTE e DE ACORDO que deverá consultar os seus demonstrativos de repasses de honorários, realizar o lançamento de retenção de INSS e consultar seu informe de rendimentos (IR) no site da Fencom (www.fecom.coop.br), ficando a cooperativa dispensada do envio da via impressa.

AUTORIZAÇÃO: O(a) cooperado(a) autoriza a cooperativa a descontar nos repasses de honorários médicos, além das taxas e demais encargos previstos no estatuto e/ou em normativos internos, eventuais saldos devedores, de qualquer natureza e origem.

ENDEREÇO 01

Tipo de Endereço: Residencial Tipo de Logradouro: Seleccione

Logradouro: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: _____ Celular: _____ CEP: _____ UF: Seleccione

E-mail: _____

ENDEREÇO 02

Tipo de Endereço: Seleccione Tipo de Logradouro: Seleccione

Logradouro: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: _____ Celular: _____ CEP: _____ UF: Seleccione

E-mail: _____

ENDEREÇO 03

Tipo de Endereço: Seleccione Tipo de Logradouro: Seleccione

Logradouro: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: _____ Celular: _____ CEP: _____ UF: Seleccione

E-mail: _____

DECLARAÇÃO: Estou CIENTE e DE ACORDO que os endereços de e-mails acima indicados serão utilizados para envio de comunicados, orientações e outros assuntos referentes a honorários médicos, ficando a cooperativa dispensada do envio da via impressa. Cabe ao cooperado sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, informar à Cooperativa sobre eventual alteração do seu endereço eletrônico, bem como dos demais dados desta Ficha de Matrícula.

CORRESPONDÊNCIA NO TIPO DE ENDEREÇO: Seleccione

Especialidade Principal: Seleccione RQE Principal: _____

Especialidade 01: Seleccione RQE 01: _____ Especialidade 02: Seleccione RQE 02: _____

Especialidade 03: Seleccione RQE 03: _____ Especialidade 04: Seleccione RQE 04: _____

Outras Especialidades/RQE: _____

Atendimento: Convênios IPISM SUS UnimedBHNaoCooperado

Local de Atendimento Principal: Seleccione

Local de Atendimento 01: Seleccione Local de Atendimento 02: Seleccione

Local de Atendimento 03: Seleccione Local de Atendimento 04: Seleccione

Outros Locais de Atendimento: _____

CAPITAL SOCIAL – Conforme Contrato Social o valor integralizado corresponde à R\$ 1000 ,00.

DECLARO estar ciente de que este documento é um requerimento de ingresso, sujeito à verificação posterior dos requisitos estatutários para a minha admissão como cooperado(a), admissão esta que somente se efetivará, para todos os fins de direito, na data da assinatura do(a) Presidente da cooperativa, ou do seu substituto estatutário, quando este documento se tornar FICHA DE MATRÍCULA. DECLARO, ainda, que me foi dado pleno conhecimento do Estatuto Social, o qual me obriga a cumprir. Disponível no site www.fecom.coop.br, concordando expressa e integralmente, com todos os termos nele constante. Reconheço a plena validade deste e de quaisquer outros documentos da Cooperativa em forma eletrônica, inclusive assinaturas, com ou sem certificado ICP-Brasil, conforme art. 10, § 2º, da MP 2.200-2/2001.

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Na condição de TITULAR DOS DADOS PESSOAIS E PESSOAIS SENSÍVEIS, e assim doravante designado no presente termo, DECLARO minha concordância com o tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis de minha titularidade abaixo listados, especificamente para as finalidades também abaixo listadas, autorizando sua realização em consonância com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Autorizo expressamente que o tratamento dos dados em questão seja realizado pela Cooperativa acima qualificada, na condição de CONTROLADORA, a qual poderá executar todas as operações atinentes ao referido tratamento, previstas no inciso X, do artigo 5º, da Lei 13.709/2018, tais como a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

A presente autorização para que a CONTROLADORA promova o tratamento de meus dados pessoais e pessoais sensíveis, bem como dos de meus dependentes, refere-se especificamente aos seguintes dados: nome completo; profissão; data de nascimento; naturalidade; nacionalidade; estado civil; sexo; número de inscrição no conselho profissional; data de inscrição; especialidade; CPF, RG, RNE, INSS; ISS; CNS (incluindo para todos os documentos tipo do documento, número, data de expedição, validade, órgão expedidor); nomes dos pais e dos filhos; nacionalidade do cônjuge no caso de cooperado estrangeiro; e-mail; endereços residencial e comercial; telefones residencial, comercial e celular; histórico profissional; condição de pensionista; raça; cor; grau de instrução; deficiência; Classificação da condição do trabalho estrangeiro no Brasil, dados referentes a atendimentos realizados e dados bancários.

O tratamento dos dados pessoais autorizado no presente termo será promovido com as seguintes finalidades: admissão como cooperado(a) na forma da lei 5.764/71; credenciamento nas seguradoras e operadoras de planos de saúde, demais tomadores de serviços e/ou junto ao SUS, quando for o caso; faturamento, cobrança e repasse dos meus honorários; cobrança extrajudicial e judicial dos honorários devidos aos cooperados em razão da prestação de serviços; defesa dos interesses dos cooperados em processos judiciais e extrajudiciais; prestação de informações ao E-Social, ao Conselho de Classe e/ou a qualquer órgão público, na forma da lei; envio de informações, convocações e notificações pela cooperativa; identificação em atas, regimentos e estatuto da cooperativa; identificação em contratos e outros documentos, quando no exercício de cargo de administração ou fiscalização na cooperativa.

Como TITULAR DOS DADOS PESSOAIS autorizo também a CONTROLADORA a promover o compartilhamento dos dados pessoais listados acima com outros agentes de tratamento de dados, caso exista tal necessidade, para o cumprimento das finalidades previstas no presente termo, mediante estrita observância aos princípios e aos direitos conferidos aos titulares de dados pessoais pela Lei nº 13.709/2018. Tal autorização aplica-se inclusive às informações relativas a atendimentos realizados a pacientes, que poderão ser compartilhadas entre todos os atores envolvidos no processo de faturamento tais como, cooperativas, convênios, clínicas, hospitais, SUS, CRM, Associações Médicas, E-Social, Receita Federal, Previdência Social, empresas de arquivo de documentos e mensagens, Fencom, Ministério Público, Ministério do Trabalho, Contadores, Advogados, OCEMG, JUCEMG, Instituições Financeiras, entre outros necessários.

Autorizo ainda à CONTROLADORA o tratamento e a manutenção dos meus dados pessoais pelo tempo necessário para o cumprimento das finalidades elencadas no presente termo, reservando-se o direito de manter o tratamento relativo aos dados por tempo indeterminado, caso sejam anonimizados, mesmo na hipótese de revogação do consentimento, consoante o disposto no artigo 12 da Lei nº 13.709/2018.

A PRESENTE AUTORIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS PODERÁ SER REVOGADA A QUALQUER TEMPO PELO TITULAR, MEDIANTE O ENVIO AO CONTROLADOR DE REQUERIMENTO FORMALIZANDO A REVOGAÇÃO, POR CORRESPONDÊNCIA ELETRÔNICA OU FÍSICA. A FORMALIZAÇÃO POR CORRESPONDÊNCIA ELETRÔNICA DEVERÁ SER ENVIADA PELO E-MAIL _____, E NO CASO DE CORRESPONDÊNCIA FÍSICA DEVERÁ SER

REMETIDA AO SEGUINTE ENDEREÇO: _____.

A CONTROLADORA ESCLARECE QUE MESMO DIANTE DA EVENTUAL REVOGAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS POR PARTE DE SEUS TITULARES, RESERVA-SE O DIREITO DE MANTER O TRATAMENTO PARA O CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÕES LEGAIS E/OU REGULATÓRIAS CONFORME AUTORIZADO PELA LEI 13.709/2018.

Ciente: Selezione

Data:

Ver.01

CARTA DE APRESENTAÇÃO

À

FELICOOP

Apresentamos o médico (a) Dr. (a) _____,

CRM _____, CPF _____, com residência médica em

_____, que deseja filiar-se à Cooperativa Médica.

Atenciosamente,

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura

CADASTRAMENTO MÉDICO

(Favor preencher com letra de forma.)

Prezados senhores,

Como diretor técnico do Hospital _____, apresento o médico(a) _____, CRM-MG _____ como Plantonista deste hospital. Declaro que este profissional está qualificado para exercer a especialidade médica _____ e o indico para atendimento de _____ deste hospital.

(auxílio cirúrgico, eletivo, urgência e emergência)

Atenciosamente,

Assinatura: _____

Nome do diretor técnico: _____

CRM: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 202____.

Responsável/Cooperativa

Conferido

_____/_____/____

CADASTRAMENTO MÉDICO NÃO COOPERADO UNIMED-BH

(Favor preencher com letra de forma.)

Prezados senhores,

Como médico coordenador do(a) _____
do Hospital _____, apresento o(a)
médico(a) _____, CRM-MG _____,
como membro do corpo clínico deste setor e declaro que este profissional está qualificado para
exercer a atividade proposta.

Atenciosamente,

Assinatura: _____

Nome do Coordenador: _____

CRM: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 202____.

Responsável/Cooperativa

Conferido

____ / ____ / ____