

Checklist para Credenciamento Atendimento no Hospital Urológica

- 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 a Residência;**
- 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.

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: Selecione		Estado Civil: Selecione		Sexo: Selecione	
Nacionalidade: Selecione					
País de Nascimento: Selecione		Estado Nasc.:		Município Nasc.:	
RG:		Órgão Emissor RG: Selecione		Data de Emissão RG:	
Nº INSS:		PIS:		Nº do ISS:	
CNS:					
Conselho: CRM/MG		Nº Conselho:		Data de Emissão:	
Grau de Instrução: Selecione					
Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade?: Selecione					
Deficiência: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> 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: Selecione		Filho Brasileiro: Selecione	
		Data Chegada Brasil:			
DADOS BANCÁRIOS					
Nº Banco: Selecione		Banco: Selecione		Agência:	
		Conta Corrente:			
<input type="checkbox"/> 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.fencom.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: Selecione		
Logradouro:		Nº:		Complemento:	
Bairro:		Cidade:			
Telefone:		Celular:		CEP:	
				UF: Selecione	
E-mail:					
ENDEREÇO 02					
Tipo de Endereço: Selecione			Tipo de Logradouro: Selecione		
Logradouro:		Nº:		Complemento:	
Bairro:		Cidade:			
Telefone:		Celular:		CEP:	
				UF: Selecione	
E-mail:					
ENDEREÇO 03					
Tipo de Endereço: Selecione			Tipo de Logradouro: Selecione		
Logradouro:		Nº:		Complemento:	
Bairro:		Cidade:			
Telefone:		Celular:		CEP:	
				UF: Selecione	
E-mail:					
<input type="checkbox"/> 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: Selecione					
Especialidade Principal: Selecione				RQE Principal:	
Especialidade 01: Selecione		RQE 01:		Especialidade 02: Selecione	
				RQE 02:	
Especialidade 03: Selecione		RQE 03:		Especialidade 04: Selecione	
				RQE 04:	
Outras Especialidades/RQE:					
Atendimento: <input type="checkbox"/> Convênios <input type="checkbox"/> IPISM <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> UnimedBHNaoCooperado					
Local de Atendimento Principal: Selecione					
Local de Atendimento 01: Selecione			Local de Atendimento 02: Selecione		
Local de Atendimento 03: Selecione			Local de Atendimento 04: Selecione		
Outros Locais de Atendimento:					
CAPITAL SOCIAL – Conforme Contrato Social o valor integralizado corresponde à R\$ 1000 ,00.					
<input type="checkbox"/> 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.fencom.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 a 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

_____/_____/____