

## Documentos para Credenciamento Pessoa Jurídica

### ATENÇÃO:

Conforme estatuto somente serão admitidas pessoas jurídicas, cujos os sócios, sejam cooperadas pessoas físicas e médicos.

- Carta de Apresentação;
- Matrícula do Cooperado;
- Cartão do CNPJ;
- Cadastro da PJ no CRM / Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica;
- Contrato Social Atualizado;
- Declarações e Autorização de Repasse e Conversões;
- Conta **Corrente na CREDICOM - Agência 4027 em nome da empresa**

Os documentos devem ser entregues preferencialmente na FELICOOP, ou enviado no e – mail: [fatima.santos@felicoop.org.br](mailto:fatima.santos@felicoop.org.br) (Se enviados por e-mail gentileza fazer o **checklist** e verificar se a documentação está completa, não é possível abrir cadastro com falta de dados) para que sejam apresentados a Diretoria. Caso sejam preenchidos os requisitos determinados no Estatuto, o interessado em se cooperar na FELICOOP deverá:



Após a aprovação da cooperativa;

Integralizar o valor de R\$ 1.000,00 referente a taxa de integralização.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

À,

**FELICOOP COOPERATIVA MÉDICA DE ESPECIALIDADES LTDA**

**ILMO SR. PRESIDENTE**

A

Empresa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ inscrita no Conselho Regional de MG sob o número

\_\_\_\_\_ propõe sua inscrição como Sócio Cooperado da FELICOOP

LTDA (Cooperativa Médica de Especialidades), comprometendo-se a fiel obediência do seu

Estatuto Social e reconhece a FELICOOP - Cooperativa Médica de Especialidades, como

entidade única autorizada para intermediar todos os convênios de prestação de serviços de

\_\_\_\_\_, ficando a

referida Cooperativa autorizada, em seu nome, para firmar contratos com entidades

prestadoras de assistência médico-hospitalar, seja na área Federal, Estadual, Municipal ou

privada, desde que respeitadas as decisões da Assembleia Geral.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

ISS: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

Faz parte da equipe de Plantonistas do Hospital Felício Rocho

(  ) Sim (  ) Não Nome da Equipe \_\_\_\_\_

Informamos que a sua solicitação para abertura da Pessoa Jurídica foi

aprovada Pela Diretoria em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Diretor Presidente

Administrativo/Financeiro

**FICHA DE MATRÍCULA**Matrícula: **PREENCHIMENTO DE DADOS PELO PROFISSIONAL**Data Admissão: Nome: Sigla: CNPJ: 

Conselho: Selecione

Nº Conselho: Data Emissão: ISS: CNES: Nº Registro ANS: Inscrição Municipal: Inscrição Estadual: **TIPOS DE TRIBUTAÇÃO**

Tipo: Selecione

Possui isenção de algum imposto?: Selecione

Qual?: 

Declaro que recebi desta cooperativa os devidos esclarecimentos sobre as alterações introduzidas pela Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.540/2015 e fui orientado a não receber, por meio da pessoa jurídica cooperada, os honorários pagos pelos órgãos da administração pública federal. Quanto aos honorários pagos pelos demais convênios contratantes da cooperativa (entidades privadas), declaro que fui orientado e estou ciente dos riscos e concedo, na condição de administrador indicado no contrato social e representante da PJ e dos seus sócios, a autorização para que esta cooperativa efetue todos os repasses de honorários pagos por convênios privados por meio da pessoa jurídica cooperada abaixo indicada. Assumo o compromisso de não distribuir honorários para os sócios médicos que não prestaram os respectivos atendimentos. Estou ciente de que a PJ não deve ingressar na cooperativa se for optante pelo regime tributário do SIMPLES, em face da vedação contida no art. 3º, § 4º, inc. VII, da LC 123/2006. Quem adere ao Simples não pode participar do capital de outra pessoa jurídica. Por força desta autorização e desta declaração, a PJ cooperada e os seus sócios desoneram esta cooperativa de responsabilidade e se comprometem a lhe ressarcir quaisquer valores que porventura a cooperativa tenha que pagar, em decorrência de eventuais condenações em processos administrativos e/ou judiciais.

**DADOS BANCÁRIOS**

Nº Banco: Selecione

Banco: Selecione

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: Comercial

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: 

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: 

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: **CONTATO DA CONTABILIDADE**Nome da Contabilidade: Responsável: Telefone Fixo: Celular: E-mail: **REPRESENTANTE DA EMPRESA**CAPITAL SOCIAL – Conforme Contrato Social o valor integralizado corresponde à R\$ 1.000,00

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 obrigo 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.

Nome: 

Conselho: CRM/MG

Nº Conselho: E-mail do Representante: 

Ciente: Selecione

Data:

**AUTORIZAÇÃO DE CONVERSÃO PARA PJ E PESSOA FISICA**

Eu,

\_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ autorizo a FELICOOP  
– Cooperativa Médica de Especialidades LTDA CNPJ : 86.402.385/0001-39 **realizar** os  
repasses dos honorários através da empresa -

\_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_, a partir de  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, respeitando a [Instrução Normativa IN 1540 de  
05/01/2015](#) da Receita Federal que define regras de repasse de honorário a Pessoa  
Jurídica.

Quanto aos honorários pagos pelos demais convênios contratantes da cooperativa  
(entidades privadas), autorizo à FELICOOP que **não** faça os correspondentes repasses  
para a minha EMPRESA (CNPJ \_\_\_\_\_),  
creditando os valores, porém, em minha conta corrente bancária da pessoa física, abaixo  
indicada:

BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

C/C Nº: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO REGRAS DE CONVERSÃO

Eu, \_\_\_\_\_, CRM:  
\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ autorizo a FELICOOP – Cooperativa Médica de  
Especialidades Ltda CNPJ: 86.402.385/0001-39 **realizar** os repasses dos honorários através da  
empresa \_\_\_\_\_,  
CNPJ: \_\_\_\_\_, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

 **FELICOOP**

Assinatura

Eu, \_\_\_\_\_,  
CRM: \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ autorizo a FELICOOP –  
Cooperativa Médica de Especialidades Ltda CNPJ: 86.402.385/0001-39 **suspender** os  
repasses dos honorários através da  
empresa \_\_\_\_\_,  
CNPJ: \_\_\_\_\_, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

**Operadoras que não pagam para Pessoa Jurídica por se tratarem de autarquias (São as agências reguladoras autárquicas que controlam entidades prestadoras de serviços públicos dos setores econômicos, por meio de concessão e autorização de serviços)**

Conheça os convênios que em decorrência as exigências da nova Instrução Normativa IN 1540 de 05/01/2015 da Receita Federal, a Felicoop passou a repassar honorários apenas por pessoa física:

- 4º Comando Militar;
- Agros;
- Banco Central;
- CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear;
- CONAB;
- FUSEX;
- Planassiste;
- Planassiste Terep;
- Pro- Social;
- Saúde Caixa
- Saúde Petrobras

