

Checklist para Credenciamento

Atendimento Consultório

- Carteira do Conselho / CRM
- Cópia do CPF e Carteira de Identidade
- Título de Especialista, Certificado
- Cópia do Número de inscrição no INSS / PIS
- Declaração nada consta no CRM
- Preenchimento da Ficha Cadastral
- Comprovante de endereço
- Conta **Corrente** na Credicom – Agência 4027 Pessoa Física
- Carta de Apresentação com assinatura de um médico cooperado a FELICOOP

Os documentos devem ser entregues preferencialmente na FELICOOP, ou enviado no e – mail: fatima.santos@felicoop.org.br (Se enviados por e-mail gentileza fazer o **checklist** e verificar se a documentação está completa pois não é possível inicializar o cadastro com falta de dados) para que sejam apresentados a Diretoria.

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:

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



FELICOOP

COOPERATIVA
MÉDICA DE
ESPECIALIDADES

À,

FELICOOP COOPERATIVA MÉDICA DE ESPECIALIDADES LTDA

ILMO SR. PRESIDENTE

Eu _____
CRM _____ CPF _____ RQE _____, com sede no endereço
Rua / Av _____
Bairro: _____, CEP _____
Cidade _____ Estado _____ no final assinada, reconhece a
FELICOOP - Cooperativa Médica de Especialidades, como entidade única autorizada para
intermediar todos os convênios de prestação de serviços na especialidade
_____ 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 _____.

Ass.: _____

TELEFONE: _____

Informamos que a sua solicitação de credenciamento a Felicoop foi aprovada

Pela Diretoria em ____/____/____

Diretor Presidente

Diretor Administrativo/Financeiro



FELICOOP - COOPERATIVA MÉDICA DE ESPECIALIDADES LTDA
CNPJ:86.402.385/0001-39
Av. do Contorno, 9636, 5º andar, Barro Preto, 30.110-936, Belo Horizonte, MG.

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: 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: Selecione _____ Filho Brasileiro: Selecione _____ Data Chegada Brasil: _____

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.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: _____

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: Convênios IPSM SUS 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.

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

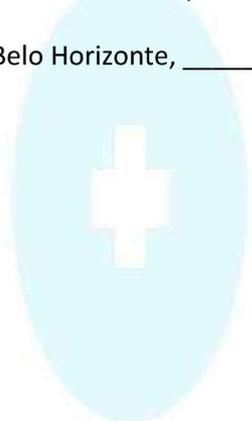
Apresentamos o médico (a) Dr. (a) _____,

CRM _____, CPF _____, com residência médica em

_____, que deseja filiar-se à Cooperativa Médica.

Atenciosamente,

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____



FELICOOP

COOPERATIVA
MÉDICA DE
ESPECIALIDADES

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE E SIGILO SOBRE GUARDA DE SENHAS E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Eu, _____ portador do CRM _____; comprometo-me a não divulgar a pessoas não autorizadas as senhas recebidas para acesso aos sistemas das operadoras com as quais a FELICOOP- Cooperativa Médica de Especialidades LTDA - CNPJ 86402385000139, possui credenciamento para atendimento em consultório, utilizando-as estritamente para o cumprimento de minhas funções laborais, consistentes na consulta de elegibilidade e solicitação de autorizações prévias para atendimento aos beneficiários nas dependências dos consultórios.

Declaro ter plena ciência de que para a execução de todas as atividades a serem desenvolvidas mediante o tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis acessados a partir da utilização das senhas obtidas no site da FELICOOP, as quais proporcionam acesso restrito aos portais dos convênios, deverei observar minuciosamente o conjunto de normas que trata da proteção de dados pessoais, empenhando-me para garantir que ocorra no estrito e rigoroso cumprimento da legislação aplicável sobre a privacidade e proteção de dados, em especial a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e suas eventuais alterações e regulamentações complementares.

Comprometo-me também a assegurar que os demais colaboradores e prepostos a quem eventualmente for dado acesso aos referidos dados, para o estrito cumprimento das tarefas acima mencionadas, também sejam devidamente capacitados em relação ao tema e cumpram as disposições legais aplicáveis, adotando sempre medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Por fim, comprometo-me a manter sigilo em relação aos dados pessoais e senhas acima referenciados, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, e sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para a promoção de seu tratamento.

Belo Horizonte, de _____ de 2024.

(Carimbar e Assinar)

OBS: O Termo deve ser atualizado sempre que houver alteração de funcionário.