

Checklist para Credenciamento

Atendimento Consultório

- ✓ Carteira do Conselho/ CRM;
- ✓ Cópia do CPF e Carteira de Identidade;
- ✓ Diploma de Graduação frente e verso;
- ✓ Título de Especialista, Certificado;
- ✓ Cópia do número no INSS/PIS;
- ✓ Declaração nada consta no CRM;
- ✓ Preenchimento da ficha Matrícula Cooperado;
- ✓ Comprovante de endereço;
- ✓ Conta Corrente na Credicom - Agência 4027 Pessoa física;
- ✓ Carta de apresentação assinada por um médico cooperado da Felicoop;
- ✓ Curriculum;

Orientações detalhadas para o processo de credenciamento à Felicoop:

Para iniciar, é necessário atender aos requisitos do Estatuto, incluindo o pagamento da taxa de integralização no valor de R\$ 1.000,00 (mil reais), solicitada através do e-mail relacionamento@felicoop.org.br durante o credenciamento.

➤ **O cadastro é realizado online em uma etapa:**

1ª Etapa - Cadastro junto à Felicoop (Convênios diversos).

Vocês receberão uma notificação do arqged.workflow@felicoop.org.br em seu e-mail para que possam dar continuidade ao seu cadastro, contendo o checklist da documentação anexada.

➤ **Sobre restituição de taxa de integralização:**

De acordo com o estatuto, a devolução da taxa ocorre após a Assembleia Geral Ordinária (AGO), realizada anualmente em março.

Salientamos que a solicitação para restituição no ano seguinte deve ser feita até 20 de dezembro. Caso contrário, a devolução será no ano subsequente.



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

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

**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 2025.

(Carimbar e Assinar)

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