# Checklist para Credenciamento
# Atendimento no Hospital Felício Rocho

- ✓ Carteira do Conselho/ CRM;
- ✓ Cópia do CPF e Carteira de Identidade;
- ✓ Diploma de Graduação frente e verso;
- ✓ Título de Especialista, Certificado, Declaração de conclusão de especialização, ou residência médica, serão aceitas com validade de três meses a partir da data de emissão;
- ✓ Cópia do número no INSS/PIS;
- ✓ Declaração nada consta no CRM;
- ✓ Preenchimento da ficha Matrícula Cooperado;
- ✓ Preenchimento da Ficha SUS;
- ✓ Anexo 02 Declaração assinada pelo Diretor Técnico do Hospital – Obs.; somente para os médicos cursando a residência;
- ✓ Anexo 03 Declaração assinada pelo Coordenador da equipe;
- ✓ Comprovante de endereço;
- ✓ Conta Corrente na Credicom- Agência 4027 Pessoa física;
- ✓ Carta de apresentação assinada por dois médicos cooperados da Felicoop;
- ✓ Curriculum;

**Orientações detalhadas para o processo de credenciamento à Felicoop:**

Para iniciar o processo, é necessário atender aos requisitos do Estatuto, incluindo o pagamento da taxa de integralização no valor de R$ 1.000,00 (mil reais).
Para solicitar o link de cadastro, entre em contato com a Felicoop pelo telefone (31) 98216-9090 – Evelyn.

- ➢ **O cadastro é realizado online em duas etapas:**

1ª Etapa - Cadastro junto à Felicoop (Convênios diversos).
2ª Etapa - Cadastro junto à Unimed.

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

É importante finalizar o cadastro o quanto antes, devido a questões que podem interferir no faturamento caso não seja concluído antes do início das atividades. (A Unimed não paga os atendimentos realizados antes da validação do cadastro).

- ➢ **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.

SUS

# FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Cadastro de Profissional

Folha n° 15/16

**1 - DADOS OPERACIONAIS** → INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO ☐ EXCLUSÃO ☐

**2 – IDENTIFICAÇÃO**

2.1 - CNES

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 – N° da Portaria | 24.1.28 – N° 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 Residencia * | 24.2.7 - Código IBGE do Município * | 24.2.8 – UF * | 24.2.9 – CEP *

### 24.3 – Dados Bancários

24.3.1 - Banco: Código | Nome

24.3.2 - Agencia: Código | Nome

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 * Cód. | Descrição

24.4.5 - Carga Horária * ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Outros

24.4.6 – Especialidade *

Código | Descrição

Código | Descrição

Código | Descrição

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

# CARTA DE APRESENTAÇÃO

**À FELICOOP**

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

CRM _____ UF ____, CPF _____, com especialização em _____, RQE _____, que deseja filiar-se à Cooperativa Médica.

Atenciosamente,

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____.

Nome: _____

CRM: _____

_____

Assinatura

Nome: _____

CRM: _____

_____

Assinatura

Responsável/Cooperativa

Conferido

_____/_____/_____

FELICOOP
COOPERATIVA MÉDICA DE ESPECIALIDADES

Anexo 2

**CADASTRAMENTO MÉDICO**

(Favor preencher com letra de forma.)

Prezados senhores,

Como diretor técnico do Hospital_____, apresento o médico(a)_____, CRM-MG _____ como membro do corpo clínico 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

___/___/___

Anexo 3

**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

___/___/___

Anexo 4a

**CADASTRAMENTO MÉDICO NÃO COOPERADO PARA AUXÍLIO CIRÚRGICO (INCLUSÃO)**

(Favor preencher com letra de forma.)

Nome do Cooperado Unimed-BH:_____

CRM-MG:_____CPF:_____Data Nascimento:____/____/_____

Especialidade:_____

Telefone(s) de contato: _____

Indico o médico abaixo para atuar como auxiliar em cirurgias realizadas em clientes da Unimed-BH.

Nome do Não Cooperado Indicado: _____

CRM-MG:_____CPF:_____Data Nascimento:____/____/_____

Especialidade:_____

Telefone(s) de contato: _____

Assinatura e carimbo do Médico Cooperado Unimed-BH:

Belo Horizonte,_____de_____de 202_____.

Responsável/Fencom

Conferido

___/__/__

Responsável/Cooperativa

Conferido

_/__/_____