

ORIENTAÇÕES:

DOCUMENTOS PARA COOPERAR NA RAJACOOP:

- CÓPIA CRM
- CÓPIA IDENTIDADE
- CÓPIA DIPLOMA (FRENTE E VERSO)
- TÍTULO DE ESPECIALISTA (SE TIVER)/DECLARAÇÃO DE TEMPO DE ESPECIALIZAÇÃO EMITIDO PELA ENTIDADE FORMADORA
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUALIZADO
- ISS (AV SANTOS DUMOND 363-BH RESOLVE)-DOCUMENTO
- INSS-DOCUMENTO
- CONTA NA CREDICOM (Banco 756/ Agencia 4027)
- TAXA DE INTEGRALIZAÇÃO: 200,00 A SER DEPOSITADA NO DIA DA EFETIVAÇÃO DO CADASTRO

DÚVIDAS LIGAR PARA 31-3245-6885

- ANEXO 2: Preenchida pelo médico e assinada pelo Diretor Técnico do Hospital (Dr. Luiz Claudio Moreira) – PROCURAR A THAIS NO HOSPITAL
- ANEXO 3: Preenchida pelo médico e assinada pelo Coordenador do setor:
 - Pronto Atendimento Urgência/Emergência: Dra. Cintia Tatiana
 - UTI 1/3: Dr. José Carlos Versiani
 - UCO: Dr. Sergio Lages Murta
- NÃO DATAR AS FICHAS
- NÃO RASURAR AS FICHAS

Caso vá auxiliar em cirurgias para algum cooperado, solicitar a ficha de cadastro via e-mail.

LOGOMARCA

RAJACOOP- COOPERATIVA DE MEDICOS

CNPJ: 01.495.353/0001-72

AVENIDA RAJA GABAGLIA 1000 SALA 1214 GUTIRREZ-BH- MG CEP 30441-070

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:	Estado Civil:	Sexo:
País de Nascimento:	Estado Nasc.:	Município Nasc.:
RG:	Órgão Emissor RG:	Data de Emissão RG:
Nº INSS:	PIS:	Nº do ISS:
Conselho:	Nº Conselho:	Data de Emissão:
		Grau de Instrução:

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade?:

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. Permanência 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 mantêm 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: Filho Brasileiro: Data Chegada Brasil:

DADOS BANCÁRIOS

Nº Banco: Banco: Agência: Conta Corrente: Não tenho conta na cooperativa de crédito acima. Receberei meus honorários em qualquer PA do Sicoob Credicom, por meio de saques avulsos. DECLARAÇÃO: O(a) cooperado(a) se declara CIENTE e DE ACORDO que deverá consultar os seus demonstrativos de repasses de honorários no site da Fencom (www.fencom.coop.br). 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, estes até o limite de 30% (trinta por cento) do valor líquido de cada repasse.

ENDEREÇO 01

Tipo de Endereço:	Tipo de Logradouro:
Logradouro:	Nº: <input type="text"/> Complemento: <input type="text"/>
Bairro:	Cidade: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/> UF: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>	

ENDEREÇO 02

Tipo de Endereço:	Tipo de Logradouro:
Logradouro:	Nº: <input type="text"/> Complemento: <input type="text"/>
Bairro:	Cidade: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/> UF: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>	

ENDEREÇO 03

Tipo de Endereço:	Tipo de Logradouro:
Logradouro:	Nº: <input type="text"/> Complemento: <input type="text"/>
Bairro:	Cidade: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/> UF: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>	

 DECLARAÇÃO: Estou CIENTE e DE ACORDO que os endereços de e-mails acima indicados serão utilizados para a remessa de informações sobre como obter, anualmente, o informe de rendimentos para o ajuste do imposto de renda da pessoa física, conforme autorizado pela Receita Federal, 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:

Especialidade Principal:		RQE Principal:	
Especialidade 01: <input type="text"/>	RQE 01: <input type="text"/>	Especialidade 02: <input type="text"/>	RQE 02: <input type="text"/>
Especialidade 03: <input type="text"/>	RQE 03: <input type="text"/>	Especialidade 04: <input type="text"/>	RQE 04: <input type="text"/>
Outras Especialidades/RQE: <input type="text"/>			

Atendimento: Convênios IPSM SUS UnimedBH Nao Cooperado

Local de Atendimento Principal:

Local de Atendimento 01: <input type="text"/>	Local de Atendimento 02: <input type="text"/>
Local de Atendimento 03: <input type="text"/>	Local de Atendimento 04: <input type="text"/>

Outros Locais de Atendimento:

CAPITAL SOCIAL - Valor integralizado conforme Estatuto Social.

 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, disponibilizado por meio da Notificação de Início de Atividade, tarefa 1, Cadastro Novo, o qual me obriga a cumprir, concordando expressa e integralmente, com todos os termos nele constantes. 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.

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 à CONTRALADORA 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:

Data:

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

____/____/____

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

____/____/____