

## SUGESTÃO DE PROFISSIONAL AUTÔNOMO PARA CREDENCIAMENTO

**Prezado Associado,**

Antes de preencher o formulário de sugestão de indicação de médico para credenciamento, é importante que você tome conhecimento das seguintes informações:

1. A avaliação das sugestões dos associados levará em conta uma análise técnica do setor de credenciamento do CAPESAÚDE, que analisará, dentre outros parâmetros, o número de profissionais conveniados na especialidade e na localidade do profissional.
2. Acatada a indicação após análise técnica, o CAPESAÚDE manterá contato com o profissional e, confirmado o interesse do mesmo, procederá à orientação quanto à documentação a ser encaminhada para o setor de credenciamento.
3. Vale ressaltar que o CAPESAÚDE é regido pela Lei 9.656/98 e por resoluções do Conselho Federal de Medicina, dentre outros órgãos fiscalizadores. Desse modo, a exigência dos documentos é fundamental.

### Dados do Associado Proponente (obrigatório que seja o titular do plano)

Nome:	Matrícula:
E-mail:	(DDD) Tel. Residencial:
(DDD) Tel. Celular	(DDD) Tel. Comercial:

Declaro que estou ciente das observações listadas acima.

**Assinatura do Associado:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome:				
CPF:	Sigla Conselho	Nº Conselho	UF Conselho	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Endereço Comercial:				
Bairro:	Cidade:		UF:	CEP:
(DDD) Telefone(s):	(DDD) Fax:	(DDD) Celular:	E-mail:	
Especialidade(s):			Especialidade Principal:	

### Dados do Profissional Indicado

Para maiores esclarecimentos, colocamos à disposição a nossa Gerência Regional em seu Estado ou a Central de Atendimento Telefônico da Gerência de Relacionamento com o Associado pelo telefone 0800 770 0387 (ligação gratuita).

**OBS.:** O formulário preenchido poderá ser enviado para: CAPESESP – Av. Marechal Câmara, 160 – 6º e 7º andares – Centro/RJ – 20020-080, Gerência Regional do seu Estado ou FAX: (021) 2240-6459.