



**SUGESTÃO DE PROFISSIONAL AUTÔNOMO**  
**PARA CREDENCIAMENTO**

**Prezado Associado,**

Antes de preencher este formulário 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. O associado poderá acompanhar o processo mediante contato com a Gerência Regional do seu Estado.
4. 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.

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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dados do Profissional indicado**

Nome/Razão Social:				
CPF/CNPJ:	Sigla do Conselho	Nº Conselho:	UF Conselho:	Sexo:
Endereço Comercial:				
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	
(DDD) Telefone(s):	(DDD) Fax:	(DDD) Celular:	E-mail:	
Especialidade(s):			Especialidade Principal:	

Para maiores esclarecimentos, colocamos à disposição o nosso Escritório Regional em seu Estado ou o Central de Relacionamento com o Associado pelo telefone 0800-979-6191 (ligação gratuita).

**OBS:** O formulário preenchido deverá ser enviado ao Escritório Regional do seu Estado.