

CADASTRO DE CONVÊNIOS

- () Médico () Cir. Buco Maxilo () Psicólogo
 () Fonoaudiólogo () Fisioterapeuta () Nutricionista

NOME COMPLETO:

Obs.:

Consultas Particulares: A responsabilidade do recebimento e emissão dos documentos fiscais é de responsabilidade do profissional ou da pessoa jurídica por ele representado.

Consultas de Convênios: Médicos conveniados: A responsabilidade de cobrança e da emissão dos documentos fiscais é de responsabilidade do médico conveniado ou da pessoa jurídica por ele representado.

Consultas realizadas pelos Convênios credenciados a Rede Primavera: Nestes casos a cobrança será realizada pela instituição que fará o repasse à Pessoa Jurídica, deduzidas as despesas tributárias e administrativas.

CONVENIOS CREDENCIADOS DIRETAMENTE COM O PROFISSIONAL CONSULTAS/ PROCEDIMENTOS

CONVÊNIOS	CREDENCIADO		CONVÊNIOS	CREDENCIADO	
AMIL	SIM	NÃO	Gama Saúde	SIM	NÃO
ASSEC / CEHOP	SIM	NÃO	Hospital de Aeronautica de Recife	SIM	NÃO
Assez	SIM	NÃO	Ipes	SIM	NÃO
Assem	SIM	NÃO	Life Empresarial	SIM	NÃO
Bradesco Saúde	SIM	NÃO	Mediservice	SIM	NÃO
Camed Saúde	SIM	NÃO	Notredame	SIM	NÃO
Capesaude	SIM	NÃO	Petrobrás	SIM	NÃO
Capitania Portos	SIM	NÃO	Plamed	SIM	NÃO
Casembrapa	SIM	NÃO	Postal Saúde	SIM	NÃO
Casse/Banese	SIM	NÃO	Proasa	SIM	NÃO
Cassi	SIM	NÃO	Sul América	SIM	NÃO
Casec/Codevasf	SIM	NÃO	Saúde Caixa	SIM	NÃO
Cohidro	SIM	NÃO	Unimed Sergipe/ Intercâmbio	SIM	NÃO
Cassind	SIM	NÃO	Vale (Pasa)	SIM	NÃO
Embratel	SIM	NÃO	Vitallis	SIM	NÃO
Fachesf	SIM	NÃO	Outros (listar abaixo)	SIM	NÃO
Fusex	SIM	NÃO			
GEAP	SIM	NÃO			

OBSERVAÇÕES:

Assinatura Médico / Carimbo / CRM

Assinatura do responsável pelo SAM

Data:

Data:

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, _____ CPF Nº _____ ,

_____ (médico/odontólogo) regularmente inscrito no Conselho Regional de _____ sob o Nº _____ , declaro estar ciente do conteúdo da circular Nº 01/2014 a respeito do processo de recadastramento profissional executado pelo Hospital e Rede Primavera, comprometendo-me a prestar informações atualizadas a respeito de meus dados pessoais/profissionais e status de credenciamento junto aos convênios vigentes na Instituição.

Declaro estar ciente que sou responsável pela veracidade e devida atualização das informações aqui prestadas, em qualquer tempo, junto ao setor de Cadastro Médico, no intuito de evitar contratempos de qualquer natureza, no que se refere à cobrança e repasse de meus honorários.

Outrossim, declaro ter ciência de que o descumprimento do compromisso acima resultará em possíveis prejuízos ao processo de cobrança e repasse de meus honorários profissionais, com possibilidade de glosas ficando a critério da Instituição adotar as medidas que julgar necessárias para o bom andamento do rito administrativo.

Aracaju, _____ de _____ de 20__

(assinatura e carimbo)