**FICHA DE CREDENCIAMENTO**

**Preenchimento exclusivo Bem+Odonto:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CÓDIGO BEM+ODONTO** | **REPRESENTANTE** | | **OBSERVAÇÃO** | **FATOR MULTIPLICADOR** |
|  |  | |  | **0,59** |
| **Preenchimento exclusivo do Credenciado (a):** | | | |  |
| **TIPO DE ESTABELECIMENTO:** | | **Consultórios e Clínicas Radiologia Odontológica Urgência Odontológica 24 horas** | | |

**Credenciamento PJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social** | | | | **CNPJ** | | | **Simples Nacional** |
|  | | | |  | | | Sim Não |
| **Nome Fantasia** | | | | **CRO** | | | **UF do CRO** |
|  | | | |  | | |  |
| **Nome Responsável Técnico** | | | **CRO - Resp. Técnico** | | **UF do CRO** | **Sexo - Resp. Técnico** | |
| **Razão Social** | | |  | |  | Masculino Feminino | |
| **CPF - Resp. Técnico** | **RG - Resp. Técnico** | **Dt.Nasc - Resp. Técnico** | **Instituição de Ensino Resp. Técnico** | | | **Ano Formado Resp. Técnico** | |
|  |  |  |  | | |  | |

**Credenciamento PF**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** | | | | **INSS / PIS/PASEP / NIT** | | **CRO** | **UF do CRO** |
|  | | | |  | |  |  |
| **Data de Nascimento** | **CPF** | **RG** | **Instituição de Ensino** | | **Ano Formado** | **Sexo** | |
|  |  |  |  | |  | Masculino Feminino | |

**Dados do Consultório**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço do Consultório ou Clínica** | | | | **Nº** | **Complemento** | | **Bairro** | |
|  | | | |  |  | |  | |
| **Município** | **UF** | **CEP** | | **E-mail** | | | | |
| **Razão Social** |  | **UF do CRO (PJ)** | | **UF do CRO (PJ)** | | | | |
| **Telefone (01-Para divulgação)** | **Tel. / Cel. (02-Para divulgação)** | | **Celular (relacionamento interno)** | | | **CNES** | | **Inscrição Municipal** |
| DDD:    Número: | DDD:    Número: | | DDD:    Número: | | |  | |  |

**DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO: Para cadastro Pessoa Jurídica, somente conta Pessoa Jurídica vinculada ao CNPJ.**

**Para cadastro Pessoa Física, o credenciado (a) deve ser o titular da conta.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº do Banco** | **Nome do Banco** | **Nº Agência** | **Dígito** | **Nº Conta** | **Dígito** | **Conta** |
|  |  |  |  |  |  | Conta Corrente |

**Informações Adicionais**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Acessibilidade?** cadeirante2 | **Deseja receber informações por e-mail/sms?** | **Conhecimento de língua estrangeira?** |  |
| Sim Não | Sim Não | Inglês Francês Alemão Mandarin Japonês Espanhol |  |

**Horário de Atendimento**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Segunda-feira** | |  | **Terça-feira** | |  | **Quarta-feira** | |  | **Quinta-feira** | |  | **Sexta-feira** | |  | **Sábado** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ÁREA DE ATUAÇÃO: siga os seguintes critérios:**

**1 -** Assinale somente as especialidades que irá atender, os procedimentos correspondentes serão contemplados em seu atendimento e/ou seu estabelecimento.

**2 -** Para divulgação como especialista e no Qualiss é necessário à comprovação da especialização.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Clínica Geral |  | | |
| Cirurgia | Especialista | Realiza exodontia de todos os elementos, inclusive inclusos / semi-inclusos? | Sim Não |
| Dentística | Especialista |  |  |
| DTM | Especialista |  |  |
| Endodontia | Especialista | Realiza tratamento e retratamento endodôntico de todos os elementos? | Sim Não |
| Estomatologia | Especialista |  |  |
| Odontogeriatria | Especialista |  |  |
| Odontopediatria | Especialista | Atende crianças de todas as idades? Se “Não”, a partir de qual idade      .  Realiza endodontia de decíduo? | Sim Não  Sim Não |
| Ortodontia/Ortopedia | Especialista |  |  |
| Pacientes Especiais | Especialista |  |  |
| Periodontia | Especialista | Realiza raspagem subgengival e aumento de coroa clínica? | Sim Não |
| Prótese | Especialista |  |  |

**EQUIPAMENTOS:** Aparelho de RX Aparelho de RX Digital Bisturi Elétrico Câmera Intra Oral Instrumento Rotatório Localizador Apical Microscópio Laser para Clareamento Laser Terapêutico Outros      .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTAÇÃO** | | | |
| **PESSOA JURÍDICA** | | **PESSOA FÍSICA** | |
| Aditivo de Ortodontia\* | Comprovante de dados bancários\* | Aditivo de Ortodontia\* | e-Social |
| Alvará de Funcionamento | Contrato Social | Alvará de Funcionamento | Ficha de Credenciamento |
| Alvará de Vigilância Sanitária | CRO, RG e CPF do Corpo Clínico e Responsável Técnico e Diplomas | Alvará de Vigilância Sanitária | Fotos do Consultório |
| Certificado de Especialização (se houver) | Ficha de Credenciamento | Certificado de Especialização (se houver) | Inscrição Municipal |
| Certificado de Registro no CRO da Pessoa Jurídica | Fotos da Clínica | CNES | INSS |
| CNES | Inscrição Municipal | Comprovante de dados bancários\* |  |
| CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica | Simples Nacional (se houver) | CRO, RG, CPF e Diploma |  |

**\*Apresentar o Aditivo de Ortodontia apenas com o credenciamento nesta especialidade.**

**\*Por questões relacionadas à Segurança da Informação, não aceitamos como Comprovante de dados bancários, cópia e/ou imagem do cartão da conta corrente.**

**FICHA DE CREDENCIAMENTO**

**DADOS DO CORPO CLÍNICO - Somente para Pessoa Jurídica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Dentista** | | | | **Data de Nascimento** | **CPF** | | **RG** |
|  | | | |  |  | |  |
| **Número CRO** | **UF CRO** | **Ano de Formatura** | **Instituição de Ensino** | | | **Sexo** | |
|  |  |  |  | | | Masculino Feminino | |
| **Especialidade(s) que irá atender pela Bem+Odonto** | | | | | | **Atende Clínica Geral?** | |
|  | | | | | | Sim Não | |

**DADOS DO CORPO CLÍNICO - Somente para Pessoa Jurídica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Dentista** | | | | **Data de Nascimento** | **CPF** | | **RG** |
|  | | | |  |  | |  |
| **Número CRO** | **UF CRO** | **Ano de Formatura** | **Instituição de Ensino** | | | **Sexo** | |
|  |  |  |  | | | Masculino Feminino | |
| **Especialidade(s) que irá atender pela Bem+Odonto** | | | | | | **Atende Clínica Geral?** | |
|  | | | | | | Sim Não | |

**DADOS DO CORPO CLÍNICO - Somente para Pessoa Jurídica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Dentista** | | | | **Data de Nascimento** | **CPF** | | **RG** |
|  | | | |  |  | |  |
| **Número CRO** | **UF CRO** | **Ano de Formatura** | **Instituição de Ensino** | | | **Sexo** | |
|  |  |  |  | | | Masculino Feminino | |
| **Especialidade(s) que irá atender pela Bem+Odonto** | | | | | | **Atende Clínica Geral?** | |
|  | | | | | | Sim Não | |

**\*Se houver mais dentistas para incluir no corpo clínico, utilizar o formulário “Relação Complementar de Corpo Clínico”.**

Todas as informações aqui prestadas, bem como a veracidade destas, são de minha inteira responsabilidade. Estou ciente e de acordo com os valores do fator multiplicador acordado.

Autorizo divulgar, como rede credenciada, os meus dados (e também da minha clínica/consultório/corpo clínico) em todos os meios de comunicação da CREDENCIANTE.

O(A) CREDENCIADO(A) ora qualificado(a), declara neste ato ciência e concordância com os termos do Manual do Credenciado, Tabela de Honorários e demais documentos, tais como, seu objeto e natureza, definição de prazos e procedimentos para faturamento e repasse dos serviços prestados aos Beneficiários da CREDENCIANTE, rotina para auditoria técnica e administrativa, atos ou eventos odontológicos, clínicos e/ou cirúrgicos que necessitem de aprovação prévia da CREDENCIANTE, o prazo de sua vigência e as condições de sua rescisão, a forma e a periodicidade de reajuste dos valores devidos em razão dos atendimentos odontológicos por ele (a) realizados aos Beneficiários da CREDENCIANTE, bem como as obrigações nele assumidas por cada uma das partes.

Em caso de dúvidas quanto à Tabela de Procedimentos, valores decorrentes dos atendimentos prestados aos Beneficiários da CREDENCIANTE, disposições do Contrato de Credenciamento e/ou do Manual do Credenciado ou qualquer outro material operacional, o(a) CREDENCIADO(A) deverá entrar em contato diretamente com a CREDENCIANTE para as orientações cabíveis.

Todos os materiais operacionais, incluindo o Contrato de Credenciamento e o Manual do Credenciado, estão disponíveis para consulta do(a) CREDENCIADO(A) no portal [www.bemmaisodonto.com.br](http://www.bemmaisodonto.com.br)

A presente Ficha de Credenciamento deverá ser entregue pelo(a) CREDENCIADO(A) à CREDENCIANTE, devidamente assinada e sem rasuras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contatos a partir da data de assinatura deste instrumento.

Se o(a) CREDENCIADO(A) deixar de enviar, mesmo que parcialmente, a DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO, este terá o prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data de assinatura da Ficha de Credenciamento, para solucionar a pendência. A ausência do envio dos documentos permitirá que a CREDENCIANTE suspenda ou cancele imediatamente o credenciamento.

O(A) CREDENCIADO(A) concorda que a assinatura da presente Ficha de Credenciamento **não lhe outorgará**, de forma automática, o credenciamento junto rede de prestadores da CREDENCIANTE, devendo esta última, dentro do prazo de até 30 (trinta) dias, realizar análise técnica para avaliação das condições de credenciamento, principalmente no que tange a DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.

Os termos e disposições constantes desta Ficha de Credenciamento, do Contrato de Credenciamento, do Manual do Credenciado, bem como de eventuais Anexos e Aditivos a eles relacionados, constituem-se no único documento regulador da presente relação contratual, prevalecendo sobre quaisquer outros entendimentos ou acordos, tácitos ou expressos, anteriores firmados entre as partes e que trate do mesmo objeto aqui especificado (Credenciamento).

E, por ser o presente a fiel expressão da vontade das partes, assinam-no abaixo carimbando-o para que surta seus efeitos de direito.

      ,    de       de 20  .

**Assinatura Credenciado com carimbo**

**\**