



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



Anexo I
PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO
PROGRAMA “SAÚDE PARA MÉDICOS”

Ao

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP

REF.: Chamamento para Manifestação de Interesse – Programa “Saúde para Médicos” – Edital de Credenciamento nº 001/2022.

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº _____, autorizada para atuar como administradora de planos privados de saúde, doravante representada por _____, portador da cédula de identidade RG nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, manifesta o seu interesse em credenciar-se ao Programa “Saúde para Médicos”, instituído pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Para tal finalidade, apresenta a seguinte proposta para credenciamento, concedendo o seguinte benefício:

- Desconto de ___ % (percentual por extenso) sobre o valor da _____(mensalidade)_____ dos seguintes planos de saúde:

1. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

2. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

3. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

4. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

5. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

- _____(Algum outro benefício?)_____

Os descontos acima estabelecidos serão concedidos aos médicos com registro ativo no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, mediante a apresentação do documento de identidade profissional válido.

Para maior clareza, firmo o presente.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável

Rua Frei Caneca, 1.282 – Consolação
CEP: 01307-002 - São Paulo – SP
Telefone: (11) 4349-9900 / www.cremesp.org.br



Anexo II
TERMO DE CREDENCIAMENTO VINCULADO AO EDITAL Nº 001/2022
PROGRAMA “SAÚDE PARA MÉDICOS”

Pelo presente termo de credenciamento, feito em três vias de igual teor e para um único efeito, de um lado o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, autarquia federal criada pela Lei 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58, inscrito no CNPJ sob o nº 63.106.843/0001-97, sediada na Rua Frei Caneca, nº 1.282, Consolação, São Paulo/SP, CEP 01307-002, neste ato representado por sua Presidência, doravante denominada simplesmente CREMESP, e, de outro, a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede à _____, nº _____, bairro _____, cidade _____, Estado _____, CEP _____, registrado na ANS sob o nº _____, neste ato representado por _____, portador da cédula de identidade RG nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, doravante denominada simplesmente credenciada, legalmente representadas e ao final assinadas, ajustam e convencionam determinar os compromissos, as obrigações e as responsabilidades recíprocos que assumem nos termos e condições que seguem:

A credenciada declara a sua integral ciência e plena concordância com todas as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 001/2022, cujos termos e condições fazem parte deste instrumento.

A credenciada concederá aos médicos com registro ativo no CREMESP as seguintes vantagens:

- Desconto de ___ % (percentual por extenso) sobre o valor da _____(mensalidade)_____ dos seguintes planos de saúde:

1. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

2. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

3. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

4. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

5. _____ - nº de registro na ANS

Breve descrição do plano: (abrangência territorial, características e cobertura).

- _____ (Algum outro benefício?) _____

A credenciada compromete-se a respeitar e cumprir a legislação e as normas regulatórias em vigor, especialmente o Código de Defesa do Consumidor, a Lei Geral de Proteção de Dados e as normativas expedidas pelas Agências Reguladoras competentes, atuando em conformidade com a boa-fé, com os princípios gerais do direito, com os usos e costumes e com a equidade.

Dados para contato:

Responsável: _____ Cargo/Função: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

A credenciada informa, no presente, os seguintes dados para divulgação por parte do CREMESP:

Nome fantasia (se houver): _____ Telefones: _____

Site: _____ E-mail: _____

Endereço comercial: _____

Breve resumo do histórico e/ou área de atuação da pessoa jurídica (máximo de 300 caracteres com espaços ou 50 palavras):

Comprometo-me a encaminhar, dentro do prazo de 5 (cinco) dias, o logotipo da pessoa jurídica em tamanho de 160 pixels de largura x 200 pixels de altura na extensão JPG, com resolução de 150 DPI, para fins de publicação.

Autorizo a divulgação e publicação das informações contidas no presente Termo de Credenciamento.

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

**Conselho Regional de Medicina do Estado de
São Paulo**

Credenciada