

Formulário de Análise - Indicação de Credenciado

Informações da Seguros Unimed

Solicitante Interno da Seguros Unimed :

Funcionário (a) _____ Empresa: _____

Segurado (a) questionou se o seu médico/clínica tem interesse de ser credenciado: () SIM () NÃO

O médico é Pessoa Física: () SIM () NÃO

Tratamento/Cirurgia: () SIM () NÃO

Qual tratamento/Cirurgia: _____

Motivo da solicitação: _____

Informações da Clínica/ Médico

Nome da Clínica/ Médico			CNPJ.
Responsável Técnico			CRM
Endereço de Atendimento	Nº	Complemento	CEP
Bairro	Cidade (UF)	Telefone	Zona (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro)
E-mail			

Especialidades Atendidas em caso de Clínica / Consultório:

Profissional:	Especialidade:	CRM:

Prestador Atende outros Convênios: (se sim, informar quais:)

Para uso Exclusivo da Área de Gestão de Rede:

Há prestadores na rede na mesma especialidade? () SIM () NÃO

Informar quais:

Credenciamento Deferido

Credenciamento Indeferido

Motivo:
