|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quadro I – Dados do Profissional** | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | Código CNES: |
| Especialidade(s): | | | | | | | | | CBOS: |
| CPF: | | | Conselho Regional:  Tipo: Nº: UF: | | | | | | |
| Telefone/Celular: | | | E-mail: | | | | | | |
| **Quadro II – Dados para Faturamento** | | | | | | | | | |
| Titular: | | | | CNPJ/CPF: | | | | | |
| Banco: | Tipo de Conta:  Poupança ( ) Corrente( ) | | | Agência: | | | | Nº da conta: | |
| *Os custos de operação bancária serão repassados ao Credenciado, mediante a dedução dos valores líquidos a serem pagos da Administradora ao Credenciado. (Banco utilizado pela Elolife é o* **Bradesco***)* | | | | | | | | | |
| **Quadro III – Dados do Estabelecimento** | | | | | | | | | |
| Razão Social: | | | | | Nome Fantasia: | | | | |
| Endereço: | | | | | | | Nº: | | Complemento: |
| Bairro: | | Cidade: | | | | | | | CEP: |
| Telefone: | | E-mail: | | | | | | | |
| *\*Em caso de atendimento em demais estabelecimentos, solicitamos preencher o verso.* | | | | | | | | | |
| **Quadro IV – Tipo de Credenciamento e Valores Brutos Acordados ( Pode Selecionar Mais de Uma Opção )** | | | | | | | | | |
| ( ) **Rede Popular –** Valor da Consulta – ( ) R$ 60,00 **ou** ( ) R$ 80,00  É o maior volume de clientes e você pode definir quais os dias da semana que atende na Rede Popular  ( ) **Rede Livre –** Você determina o Valor da sua Consulta através de um desconto no valor da sua consulta particular  Valor da sua Consulta Particular R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor da sua Consulta Elolife R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) **Rede Popular de SP/SADT**– Valor dos Procedimentos e Exames conforme Tabela Negociada.  Rede Eficaz – Valor da Consulta - R$ 100,00, R$ 150,00 e R$ 300,00.  Utilizando o CRM Digital, o bom atendimento médico é valorizado e prestigiado com a participação por mérito, após 12 meses avaliaremos os nossos Indicadores de Saúde com os da OMS para pontuar para a Rede Eficaz. | | | | | | | | | |
| **Período de Atendimento:**  Mês Completo | | **Recebimento Dia:**  20 | | | | **Taxa Elolife: 5%** (percentual descontado sobre o valor bruto recebido) | | | |
| Esta Ficha faz parte do Contrato de Adesão de Credenciamento Elolife que está disponível para consulta e deverá ser assinado eletronicamente na sua área restrita do site [www.elolife.com.br](http://www.elolife.com.br) no primeiro atendimento ao cliente.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO CREDENCIADO | | | | | | | | | |

\*Nos informe os demais locais onde prestará atendimento:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dados do Estabelecimento II** | | | |
| Razão Social/ Nome Fantasia: | | | |
| Endereço: | | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | | CEP: |
| Telefone: | E-mail: | | |
| **Dados do Estabelecimento III** | | | |
| Razão Social/ Nome Fantasia: | | | |
| Endereço: | | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | | CEP: |
| Telefone: | E-mail: | | |
| **Dados do Estabelecimento IV** | | | |
| Razão Social/ Nome Fantasia: | | | |
| Endereço: | | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | | CEP: |
| Telefone: | E-mail: | | |
| **Dados do Estabelecimento V** | | | |
| Razão Social/ Nome Fantasia: | | | |
| Endereço: | | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | | CEP: |
| Telefone: | E-mail: | | |