# **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

O profissional abaixo identificado REQUER seu credenciamento na UNIMED DE CASCAVEL, nos termos que seguem, anexando os documentos comprobatórios especificados. Declara neste momento estar ciente das exigências regimentais para o credenciamento na UNIMED CASCAVEL e que o não preenchimento de um só requisito impede o deferimento da inscrição.

# **1 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**Perfil Assistencial:**

( ) Assistência Hospitalar

( ) Clínicas Especializadas

( ) Laboratórios

( ) Clínicas de Fisioterapia

( ) Especialidade de Buco Maxilo

( ) Demais Estabelecimentos

**Razão Socia**l: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome Fantasia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço completo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CEP**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fone:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CNPJ nº**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alvará Municipal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Licença Sanitária N:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Insc. Do Resp. Técnico no Órgão Fisc**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsável Técnico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome de Atividades Serviços Propostos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Cadastro Nacional de Saúde – CNES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Horário de Atendimento ao Público:**

Segunda à Sexta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sábado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domingos e Feriados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atendimento 24 horas: ( ) Plantão/urgência/emergência: ( )

**2 – CARGOS DIRETIVOS**

Diretor Geral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diretor Clínico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diretor Técnico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gerente Geral (Administrativo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3– INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

3.1 - Estrutura Física:

* Imóvel

( ) Próprio ( ) Locado área \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m2

* Saídas exclusivas para Público, Funcionários, Emergência, Resíduos:

( ) Sim ( ) Não

* Condições de acesso e circulação para deficientes físicos:

( ) Sim ( ) Não

* Estacionamento para clientes:

( ) Sim ( ) Não

3.2 - Atendimento ao Público:

* ( ) Horário de funcionamento visível ao público
* ( ) Sala de espera com cadeiras aptas a receber os pacientes que aguardam a chamada
* ( ) Área para cadastro, solicitações de exames e entrega de resultados
* ( ) Recepção informatizada
* ( ) Sanitário exclusivo para o público
* ( ) Realiza procedimentos que exijam administração, por via oral ou parenteral de quaisquer substâncias ou medicamentos que exijam monitoramento médico durante os seus processos de execução
* ( ) Carro de emergência com desfibrilador/cardioversor
* ( ) Possui transporte para emergência? Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Qual o hospital de referência para remoções? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ( ) Disponibilização de laudos via internet
* Tempo médio de entrega dos laudos

( ) 12 horas ( ) 24 horas ( ) 36 horas ( ) 48 horas ( ) Outro \_\_\_\_\_\_\_

## ( ) SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente – Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.3 - Outras Informações:

* ( ) Protocolos de rotina setorizados, manuais de normas técnicas e manuais de biossegurança validados, atualizados e disponíveis aos funcionários para todas as áreas;
* ( ) Aparelhos e equipamentos com registro no Ministério da Saúde;
* ( ) Contempla as operações de calibração, limpeza e registros das manutenções preventivas e corretivas;
* ( ) Possui certificado de calibração dos padrões e instrumentos de medição emitidos por órgão certificador? Qual órgão? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ( ) Possui sala de laudos?
* Serviço de limpeza ( ) Próprio ( ) Terceirizado
* ( ) Programa de imunização dos funcionários;
* ( ) Realiza a notificação compulsória de doenças sob vigilância epidemiológica;
* ( ) Participa do programa NOTIVISA – da ANVISA;
* ( ) Controle de qualidade interno, definido e documentado
* ( ) Participa de algum programa de controle de qualidade externo, com apresentação de certificado de proficiência. Qual programa/Órgão Certificador? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ( ) Possui acreditação de serviços de saúde (ONA, CBA – Consócio Brasileiro de Acreditação);
* ( ) Participação no programa QUALISS da ANS;
* ( ) Comissão de Infecção Hospitalar;
* ( ) Pós-graduação com no mínimo 360horas reconhecida pelo MEC;
* ( ) Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou conselho profissional da categoria;
* ( ) Residência em saúde reconhecida pelo MEC;
* Número médio de atendimentos ao mês: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4 -** **DOCUMENTOS à SEREM ENVIADOS:**

* Ato constitutivo da sociedade e suas alterações ou última consolidação (Contrato Social);
* Cartão do CNPJ;
* Cópia cadastro CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
* Cópia do Certificado de Regularidade ou Responsabilidade Técnica expedida pelo CRM/ CRF/CRP/ CREFITO/CRN/CRO E COREN, etc.;
* Alvará de funcionamento atualizado;
* Licença sanitária atualizada;
* Cópia do registro dos aparelhos no Ministério da Saúde;
* Relação de aparelhos/equipamentos (modelo, marca, etc). Especificamente para aparelhos de imagem, preencher o item 4;
* Relação do número de salas (procedimentos, exames, cirurgias, gesso, observação, leito dia, etc.);
* Relação dos responsáveis técnicos de cada serviço;
* Relação do Corpo Clínico;
* Relação de todos os exames e procedimentos realizados;
* Certificado de acreditação de serviços de saúde;
* Comprovante de comunicação eletrônica para ANVISA de eventos adversos (Hospital);
* Certificado de participação no programa QUALISS da ANS (Hospital e prestadores da SADT).
* Certificados de Pós-graduação dos integrantes corpo clínico;
* Cópia do Título de especialidade dos integrantes do corpo clínico;

Na qualidade de representante legal desta instituição, declaro a veracidade das informações prestadas, assumindo a responsabilidade quanto a eventuais irregularidades acerca das mesmas.

**Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:**  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA EMPRESA RESPONSÁVEL TÉCNICO

....................................................... ..............................................