|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ficha de Inscrição** | | | | | | | | | |
| **Todos os campos têm preenchimento obrigatório para efetivação da inscrição**  **Identificação do Proponente** | | | | | | | | | |
| **Nome do Proponente (sem abreviaturas)** | |  | | | | | | | |
| CNPJ | |  | | | | | | | |
| CNES | |  | | | | | | | |
| Endereço | |  | | | | | | | |
| Município/Estado/CEP | |  | | | | | | | |
| Telefone | |  | | | | | | | |
| Celular/WhatsApp | |  | | | | | | | |
| Endereço eletrônico | |  | | | | | | | |
| **Representante Legal (Nome Completo)** | |  | | | | | | | |
| CPF |  | | | RG |  | | | UF |  |
| Telefone Residencial | | |  | | | Celular |  | | |
| Endereço eletrônico | | |  | | | WhatsApp |  | | |
| Endereço | | |  | | | | | | |
| Município/Estado/CEP | | |  | | | | | | |
| **Responsável Técnico**  **(Nome Completo)** | | |  | | | | | | |
| CPF |  | | | RG |  | | | UF |  |
| Telefone Residencial | | |  | | | Celular |  | | |
| Endereço eletrônico | | |  | | | WhatsApp |  | | |
| Endereço | | |  | | | | | | |
| Município/Estado/CEP | | |  | | | | | | |
| **Inscrição para participação do processo de credenciamento para a vaga**  **(Assinale apenas uma opção)**  O presente Processo de Credenciamento de Prestadores de Serviços de Saúde se destina ao preenchimento das seguintes vagas de prestadores de serviços de saúde para compor sua rede assistencial nos municípios indicados no seguinte quadro:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Opção** | **Nº Vagas** | **Serviços de Saúde** | **Município** | | (\_\_\_) | 01 | Psicopedagogo | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 01 | Fisioterapeuta com especialidade no Método Cuevas e Treino Locomotor | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 02 | Psicólogo | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 02 | Nutricionista | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 02 | Terapeuta Ocupacional | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 01 | Fonoaudiólogo | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 01 | Fonoaudiólogo | Dois Vizinhos | | (\_\_\_) | 01 | Psicólogo | Dois Vizinhos | | (\_\_\_) | 01 | Fisioterapeuta com especialidade no Método Cuevas e Treino Locomotor | Dois Vizinhos | | (\_\_\_) | 01 | Terapeuta Ocupacional | Dois Vizinhos | | (\_\_\_) | 01 | Psicólogo | Capanema | | | | | | | | | | |
| **Documentos obrigatórios para a efetivação da inscrição**  Declaro que os documentos obrigatórios para a efetivação da inscrição, a seguir relacionados, são cópias digitalizadas legíveis dos originais. Assumo exclusiva responsabilidade pelo envio eletrônico e veracidade dos documentos.   |  |  | | --- | --- | |  | **Descrição do Documento** | | (\_\_\_) | Cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES) atualizado; | | (\_\_\_) | Alvará Municipal para funcionamento do estabelecimento atualizado; | | (\_\_\_) | Alvará do Corpo de Bombeiros – declaração de assessoria técnica em prevenção contra incêndio atualizado; | | (\_\_\_) | Licença sanitária atualizada; | | (\_\_\_) | Cartão Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) atualizado com a descrição da atividade principal; | | (\_\_\_) | Diploma do técnico(a) responsável registrado no MEC e dos prestadores dos serviços; | | (\_\_\_) | Título de especialidade do(a) técnico(a) responsável e dos profissionais prestadores dos serviços; | | (\_\_\_) | Identidade profissional do(a) técnico(a) responsável e dos profissionais prestadores dos serviços; | | (\_\_\_) | RG, CPF e órgão de classe profissional do(a) técnico(a) responsável, do(a) representante legal e dos profissionais prestadores dos serviços; | | (\_\_\_) | Relação de todos os profissionais que serão habilitados a executar os atendimentos; | | (\_\_\_) | Recolhimento da última parcela do INSS; | | (\_\_\_) | Contrato social e alterações, se houver; | | (\_\_\_) | Registro do estabelecimento (pessoa jurídica) no conselho responsável; | | (\_\_\_) | Curriculum Vitae do(a) técnico(a) responsável, representante legal e/ou dos profissionais prestadores dos serviços; | | (\_\_\_) | Comprovante do regime de apuração de impostos; | | (\_\_\_) | Comprovante de conta bancária em nome da Pessoa Jurídica a ser credenciada; | | | | | | | | | | |

**Declaro estar ciente e de acordo com as normas constantes do Edital nº 01/2020 e da Instrução Normativa IV/2020, bem como que os dados informados são expressão de verdade e de minha inteira responsabilidade.**

**Autorizo a Unimed Francisco Beltrão – Cooperativa de Trabalho a utilizar os dados pessoais fornecidos no preenchimento desta ficha de inscrição, a fim de possibilitar a participação no procedimento de credenciamento de serviço de saúde; assim como, na hipótese de ser classificado e selecionado nesse procedimento, utiliza-los em cadastro de prestadores de serviços, celebração de contrato (e seus aditivos), e na divulgação no Guia Médico, divulgação em redes sociais; e compartilhar esses dados internamente e externamente.**

Francisco Beltrão, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.