Cadastro de Prestadores de Serviços

Unimed Amparo

Dados do Prestador

Razão social:

Nome fantasia: CNPJ:

Nome do responsável legal: Insc. Municipal:

Telefone residencial: Celular: CNES:

Outros telefones:

Tipo de serviço prestado/especialidade(s):

Prestadores não hospitalares:

Atua com cooperados ou credenciados no local de atendimento: ☐ Não ☐ Sim - Se sim, quais?

E-mail:

Site:

Dados do responsável técnico

Nome:

Sigla conselho do profissional: Nº: UF:

RG: CPF:

Dados contábeis e financeiros

Nome contador:

Telefone contador:

E-mail contador:

Banco para depósito da produção: Agência:

Conta corrente:

Marque quais impostos serão retidos na fonte pagadora:

Filantropia ☐

Simples nacional ☐

IR 1,5% ☐ Sim ☐ Não PIS 0,65% ☐ Sim ☐ Não

COFINS 3 ☐ Sim ☐ Não CSLL 1% ☐ Sim ☐ Não

ISS ☐ Fixo ☐ Variável - Alíquota % (de acordo com o município da prestação de serv.)

Recolher ISS na fonte pagadora (Unimed Amparo) - ☐ Sim ☐ Não

Se não, justificar:

Se fixo, anexar a certidão

Dados da qualificação do prestador

Possui cadastro Notivisa? ☐ Não ☐ Sim

Possui certificado de qualidade? ☐ Não ☐ Sim – Instituição:

Possui acreditação? ☐ Não ☐ Sim – Instituição:

Autoriza divulgação dos atributos de qualificação nos meio de comunicação da Unimed? ☐ Sim ☐ Não

Endereço comercial para entrega de correspondências

Endereço: Nº:

Bairro: Cidade/Estado: CEP:

Endereço do local de atendimento

Profissionais atuantes:

Endereço: Nº:

Bairro: Cidade/Estado: CEP:

Telefones:

Dias e horários de atendimento:

"As informações cadastrais acima são de responsabilidade do prestador. Caso ocorra qualquer mudança, é obrigatório a empresa informar a Rede Credenciada para providenciar as alterações"

Nome por extenso do responsável legal da empresa:

Data:

_____

Assinatura