# **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

 O solicitante 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**

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

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

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

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

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

**Telefone:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Atividades Serviços Propostos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Horário de Atendimento ao Público:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número médio de atendimentos ao mês:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2 -** **DOCUMENTOS à SEREM ENVIADOS:**

* Ato constitutivo da sociedade e suas alterações ou última consolidação (Contrato Social/Estatuto Social);
* Cartão do CNPJ;
* Cópia cadastro CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
* Cópia do Certificado de Regularidade ou Responsabilidade Técnica da Pessoa Jurídica expedida pelo CRM/ CRF/CRP/ CREFITO/CRN/CRO E COREN, etc.;
* Alvará de funcionamento atualizado;
* Licença sanitária atualizada;
* Relação do Corpo Clínico:( nome do profissional, especialidade e número do registro do conselho de classe)
* Certificados de graduação, pós-graduação/título de especialidade dos integrantes corpo clínico
* Relação de todos os procedimentos realizados;
* Certificado de acreditação de serviços de saúde, se houver;
* Certificado do programa NOTIVISA da ANVISA, caso participe;
* Certificado de qualificação do solicitante que comprove a participação do mesmo em algum programa vinculado a qualidade nos serviços de saúde nos termos da Resolução Normativa nº 510 de 30 de março de 2022;

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

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