|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO UNIMED | **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** | **Código: FOR CMP 003** |
| **ÁREA/RECURSO PRÓPRIO:**  **OPERADORA/HUOP** |
| Atividade: QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDOR  Responsável: **Supervisora de compras** | | |

**ANEXO III– Checklist de Solicitação de Documentação de Fornecedor de prestação de serviços médicos.**

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

Segue abaixo as documentações necessárias para Cadastro de Fornecedor e cumprimento das Boas Práticas:

|  |  |
| --- | --- |
| **PESSOA JURIDICA** | **PESSOA FISICA** |
| **Ficha de cadastro preenchida** | **Cópia do RG** |
| **Carta CNPJ** | **Cópia do CPF** |
| **Inscrição estadual – quando aplicável** | **Nº de inscrição INSS e/ ou PIS** |
| **Contrato Social (se houver)** | **Inscrição do ISS (se aplicável)** |
| **Alvará de localização e funcionamento** | **Modelo de contrato (se aplicável)** |
| **Alvará Sanitário** | **Comprovante de quitação de anuidade no conselho** |
| **RG e CPF dos sócios** | **Diploma e títulos (de todos os envolvidos)** |
| **Registro no CNES anual** |  |
| **Registro no conselho do profissional** |  |
| **Comprovante de quitação de anuidade no conselho** |  |
| **Autorização de funcionamento Anvisa** |  |
| **Descrição detalhada e laudo de aferição de equipamentos utilizados (se houver)** |  |
| **Diploma e títulos (de todos os envolvidos)** |  |
| **Currículo e diploma do responsável técnico** |  |
| **Termo de Responsabilidade Técnica** |  |
| **RG, CPF e Registro do responsável técnico.** |  |

**IMPORTANTE ENVIAR:**

* **Projeto socioambiental (se houver).**
* **Certificado de qualidade (se houver) a homologação será imediata.**

**Obs.:** No caso de documentação vencida, anexar o protocolo de solicitação de renovação, o fornecedor só será cadastrado mediante as documentações e se necessário solicitaremos outras documentações pertinentes.

**Observação:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_