|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | Fisioterapeuta com formação no Método Cuevas Medek | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 01 | Psicólogo Infanto- Juvenil com formação em ABA | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 01 | Terapeuta Ocupacional com formação em ABA e Integração Sensorial | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 01 | Nutricionista | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 01 | Fonoaudiólogo com formação em ABA | Francisco Beltrão | | (\_\_\_) | 01 | Fonoaudiólogo | Dois Vizinhos | | (\_\_\_) | 01 | Terapeuta Ocupacional | Dois Vizinhos | | (\_\_\_) | 01 | Fisioterapia | São Jorge D’ Oeste | | (\_\_\_) | 01 | Fonoaudiólogo | Realeza | | (\_\_\_) | 01 | Nutricionista | Realeza | | (\_\_\_) | 01 | Psicólogo | Realeza | | (\_\_\_) | 01 | Fonoaudiólogo | Capanema | | (\_\_\_) | 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; | | (\_\_\_) | Declaração “Nada Consta Ético” emitida pelo Conselho de Classe Profissional | | (\_\_\_) | 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; | | (\_\_\_) | Comprovação da formação acadêmica, se tiver mestrado/doutorado: cópia do diploma de mestre e/ou doutor em **Análise do Comportamento, Psicologia Experimental ou áreas associadas ao desenvolvimento** (por exemplo: psicologia, educação, educação especial, distúrbios do desenvolvimento, psiquiatria), cópia do histórico escolar, e ementas das disciplinas cursadas no programa de mestrado e/ou doutorado | | (\_\_\_) | Comprovação da formação acadêmica, se tiver especialização *lato sensu* (especialização)*:* cópia do diploma de especialista em **Análise do Comportamento Aplicada** (por exemplo: clínica analítico comportamental, terapia comportamental), cópia do histórico escolar, e ementas das disciplinas cursadas no programa de especialização | | (\_\_\_) | Comprovação de cursos livres de, no mínimo, 40 horas, que contemplem os conteúdos listados no Apêndice 1 dos *critérios de acreditação específica de prestadores de serviços em análise do comportamento aplicada (ABA) ao TEA/Desenvolvimento Atípico da ABPMS (Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental)*: cópia dos certificados contendo o tema, carga horária, profissional responsável | | (\_\_\_) | Comprovação de prática supervisionada: formulário “carta comprobatória de prática supervisionada” preenchido e assinado (conforme modelo do apêndice 2 da *acreditação específica de prestadores de serviços em análise do comportamento aplicada (ABA) ao TEA/Desenvolvimento Atípico da ABPMS (Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental)*; cópia resumida do currículo *lattes* do Supervisor | | (\_\_\_) | Comprovação da formação no **Método Cuevas Medek,** contendo: carga horária e ementa das disciplinas cursadas | | (\_\_\_) | Comprovação da formação no **Método Denver,** contendo: carga horária e ementa das disciplinas cursadas | | | | | | | | | | |

**Declaro estar ciente e de acordo com as normas constantes do Edital nº 05/2021 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, utilizá-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 2021.