



COMSEDER

COOP. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS SERV.DA SUPLAN E DO DER LTDA.

FICHA CADASTRAL PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA FÍSICA

DATA DO CREDENCIAMENTO:			
IDENTIFICAÇÃO DO CREDENCIADO			
NOME:			
CPF:		CNES:	
LOGRADOURO:		NÚMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:	UF:
TEL. DO LOCAL DE ATENDIMENTO:		TEL. DO FATURAMENTO:	
DIA E HORÁRIO DE ATENDIMENTO:			
E-MAIL ADMINISTRATIVO:		E-MAIL FATURAMENTO:	
RESPONSÁVEL TÉCNICO			
NOME:		FORMAÇÃO PROFISSIONAL:	
CPF:	RG:	CONSELHO E NÚMERO:	
DADOS BANCÁRIOS			
NOME DO BANCO	NÚMERO DA AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA CORRENTE	

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA A CONTRATAÇÃO

1. Ficha cadastral;
2. Carteira de Identidade profissional, expedida pelo conselho de classe competente;
3. Matrícula no INSS ou PIS/PASEP;
4. Comprovante do Número da Conta Corrente;
5. Comprovante do Número da Inscrição Estadual junto a Secretaria da Fazenda e/ou Inscrição Municipal;
6. Comprovante de pagamento do ISS;
7. Alvará de Localização e Funcionamento - Matriz e Filial;
8. Licença Sanitária da Secretária Estadual ou Municipal de Saúde;
9. Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
10. Curriculum Vitae Resumido, Atualizado e Assinado com Diploma Registrado no MEC e Residência Médica, Estágios, Cursos de Especialização e Carteira de Identificação Profissional do Responsável Técnico – Matriz;
11. Diploma de pós graduação com no mínimo 360 h, reconhecida pelo MEC para profissionais da saúde, se houver;
12. Relação dos Serviços Complementares de Diagnósticos e Terapia – SADT, se houver.
13. Relação dos Aparelhos e/ou Equipamentos, se houver.

Os Documentos solicitados poderão ser apresentados em fotocópias e em arquivo digitalizado:

Assinatura do responsável