



COMSEDER

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

FICHA CADASTRAL PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

DATA DO CREDENCIAMENTO:			
IDENTIFICAÇÃO DO CREDENCIADO			
RAZÃO SOCIAL:			
NOME FANTASIA:			
CNPJ:		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. Preenchimento da Relação do Corpo Clínico, com Especialidade e com Registro no Conselho da Categoria e CPF;
3. Títulos de Especialista ou Qualificação na Especialidade do Corpo Clínico;
4. Contrato Social e últimas alterações ou Estatuto devidamente registrado na Junta Comercial – Matriz;
5. Carteira de Identidade e CPF do Representante Legal – Matriz;
6. Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ (Matriz e Filial);
7. Comprovante do Número da Conta Corrente – Matriz;
8. Comprovante do Número da Inscrição Estadual junto a Secretaria da Fazenda e/ou Inscrição Municipal;
9. Comprovante de pagamento do ISS;
10. Declaração de Optante pelo imposto Simples Nacional, se houver;
11. Alvará de Localização e Funcionamento - Matriz e Filial;
12. Licença Sanitária da Secretária Estadual ou Municipal de Saúde - Matriz e Filial;
13. Comprovação de Registro da Empresa no Conselho Regional da Categoria - Matriz e Filial;
14. Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
15. Currículo 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;
16. Diploma de pós graduação com no mínimo 360 h reconhecida pelo MEC para profissionais da saúde, se houver;
17. Relação dos Serviços Complementares de Diagnósticos e Terapia – SADT, se houver;
18. Relação dos Aparelhos e/ou Equipamentos, se houver;
19. Para os serviços de medicina nuclear serão exigidos todos os requisitos técnicos estabelecidos pelos órgãos oficiais de controle, inclusive registro na comissão nacional de energia nuclear (CNEN-N.3.05 DE 01/04/96).

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

Assinatura do responsável