

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**FICHA CADASTRAL – PESSOA JURÍDICA**

Documentos e certidões a serem anexados a ficha cadastral e enviados a Operadora:

- Alvará de Localização e Funcionamento;
- Licença Sanitária da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde;
- Comprovante de endereço do estabelecimento;
- Contrato Social ou estatuto devidamente registrado na Junta Comercial;
- CNPJ - Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- CNES - Comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- PIS/PASEP;
- ISSQN – Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza;
- Comprovação de inscrição no INSS – (documento oficial com nº de inscrição);
- Comprovante de regularidade de Inscrição da clínica no Conselho Regional da Categoria
- Diploma de graduação;
- Carteira de Identidade do Conselho Regional de Classe;
- Diploma de Residência, Especialidade ou Pós graduação lato sensu com no mínimo 360 horas;
- Título de especialidade registrado no conselho Regional de Classe (**resolução CFM nº 2.148/2016**);
- Certidão de Antecedentes Éticos.

DADOS CADASTRAIS

CNPJ: _____ CNES: _____
RAZÃO SOCIAL: _____
NOME FANTASIA: _____
RUA / AV.: _____ Nº: _____
COMPL.: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____
CEP: _____ - _____ TELEFONE: () _____ - _____ CELULAR: () _____ - _____
DATA DE INÍCIO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTOS: ____/____/_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____
RESRESENTANTE LEGAL: _____
E-MAIL: _____
ATENDIMENTO: HOSPITALAR AMBULATORIAL AMBULATORIAL+HOSPITALAR

DADOS BANCÁRIOS

CONTA CORRENTE (Preferencialmente CAIXA ECONÔMICA FEDERAL ou SICOOB)

NOME DO BANCO: _____ CÓD. DO BANCO: _____
Nº CONTA: _____ CÓD. AGÊNCIA: _____

PLAMHUV

Plano Médico Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa
Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Lj 01 - Centro, Viçosa-MG CEP 36570-097
www.plamhuv.com.br - Tel: (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

Observação: Os dados bancários podem ser enviados após análise do credenciamento.

ASSINATURA DO CONTRATO DIGITAL

E-MAIL REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL TESTEMUNHA: _____

RELAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Anexar os documentos de todos os profissionais do corpo clínico (diploma de graduação, carteira do conselho regional de classe, diploma de residência, especialidade ou pós graduação e título de especialidade registrado no conselho):

NOME: _____

ESPECIALIDADE(S): _____ ÁREA DE ATUAÇÃO: _____

ATENDE BENEFICIÁRIOS A PARTIR DE QUAL IDADE: _____

REG.CONSELHO: _____ CPF: _____ RG: _____

PIS/PASEP: _____ DATA NASC: ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____ CNS _____

TELEFONE: () _____ - _____ CELULAR: () _____ - _____

E-MAIL: _____

NOME: _____

ESPECIALIDADE(S): _____ ÁREA DE ATUAÇÃO: _____

ATENDE BENEFICIÁRIOS A PARTIR DE QUAL IDADE: _____

REG.CONSELHO: _____ CPF: _____ RG: _____

PIS/PASEP: _____ DATA NASC: ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____ CNS _____

TELEFONE: () _____ - _____ CELULAR: () _____ - _____

E-MAIL: _____

NOME: _____

ESPECIALIDADE(S): _____ ÁREA DE ATUAÇÃO: _____

ATENDE BENEFICIÁRIOS A PARTIR DE QUAL IDADE: _____

PLAMHUV

Plano Médico Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa

Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Lj 01 - Centro, Viçosa-MG CEP 36570-097

www.plamhuv.com.br - Tel: (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

REG.CONSELHO:_____ CPF:_____ RG:_____

PIS/PASEP:_____ DATA NASC:_____/_____/_____

ESTADO CIVIL: _____ CNS _____

TELEFONE: () _____ - _____ CELULAR: () _____ - _____

E-MAIL: _____

DEMAIS LOCAIS DE ATENDIMENTOS

Anexar os documentos de todos os locais de atendimentos (alvarás sanitário e de localização, CNES, documentos do responsável técnico):

RUA / AV.: _____ Nº: _____

COMPL.: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ - _____ TELEFONE: () _____ CELULAR: () _____

CNES: _____ EMAIL: _____

DIA(S) E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

TABELA DE CONSULTA E PROCEDIMENTOS PARA HABILITAÇÃO

Deverá ser sinalizado na tabela abaixo todos os procedimentos que são realizados pelo profissional, sejam em caráter ambulatorial ou hospitalar.

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO
EX: 10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

PLAMHUV

Plano Médico Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa
Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Lj 01 - Centro, Viçosa-MG CEP 36570-097
www.plamhuv.com.br - Tel: (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico: _____