

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA



RE0706 Rev19

Formulário para encaminhamento de solicitação de credenciamento de pessoa jurídica para prestação de serviços junto à rede assistencial da UNIMED VTRP.

Importante destacar:

- O credenciamento é direcionado por endereço. Cada endereço deve ter uma solicitação de credenciamento.
- Caso o serviço seja credenciado, é necessário que o estabelecimento possua computador ou notebook com requisitos mínimos para a instalação do Sistema de Atendimento da Unimed, bem como a aquisição da leitora biométrica da Unimed.

A solicitação de credenciamento será iniciada após o preenchimento do formulário a seguir e mediante a entrega de toda a documentação relacionada abaixo.

A entrega com preenchimento incorreto do formulário e/ou entrega parcial de documentação acarretará a REJEIÇÃO da solicitação de credenciamento e, sendo assim, o processo de análise não será iniciado.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

- 1) Contrato social (original e todas as alterações);
- 2) Cartão CNPJ;
- 3) Cartão CNES;
- 4) Alvará de Licença para localização e/ou funcionamento da Prefeitura Municipal (vigente);
- 5) Alvará sanitário (vigente);
- 6) Alvará do PPCI (Plano de Prevenção Contra Incêndio do estabelecimento);
- 7) Certificado de Regularidade de inscrição da Pessoa Jurídica no CREMERS (Conselho Regional de Medicina) ou CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia) ou CRFa (Conselho Regional de Fonoaudiologia) ou CRF (Conselho Regional de Farmácia) ou CRBM (Conselho Regional de Biomedicina);
- 8) Diploma do Responsável Técnico;
- 9) Currículo do Responsável Técnico;
- 10) Título de especialista do Responsável Técnico e dos profissionais que exercem atividade no estabelecimento. Para profissionais médicos, o título apresentado deve ser o RQE do CREMERS;
- 11) Cadastro no NOTIVISA (print da tela cadastral-orientações em: https://www.unimedvtrp.com.br/wp-content/uploads/2022/02/GPS_passo-a-passo-Notivisa-16fev.pdf);
- 12) Plano de Segurança do Paciente- (orientações em: <https://www.unimedvtrp.com.br/wp-content/uploads/2022/10/Cartilha-Politica-de-Seguranc-a-do-Paciente-2022.pdf>);
- 13) Certificado de Acreditação de Qualidade (quando houver);
- 14) Declaração de Opção pelo Simples Nacional (quando optante);

DADOS GERAIS:

Dados do estabelecimento para cadastro e divulgação no Guia Médico.

TIPO DO SERVIÇO OFERECIDO (ESPECIALIDADE):											
RAZÃO SOCIAL:											
NOME FANTASIA:				CNPJ:							
E-MAIL:				CNES:							
ENDEREÇO:						Nº:					
BAIRRO:				COMPLEMENTO:							
CIDADE:				CEP:				UF:			
TELEFONE:				CELULAR/WHATSAPP:							
DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO:											
OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL:				() SIM		() NÃO					
PRESTADOR PARTICIPA DO PROGRAMA QUALISS:				() SIM		() NÃO					

DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA:

BANCO (BB, Banrisul, Sicredi ou Unicred):							
Nº AGÊNCIA:				Nº CONTA CORRENTE:			

PESSOA PARA CONTATO COM A UNIMED:

Pessoa de contato para questões documentais e demais encaminhamentos.

NOME:				FUNÇÃO:			
TELEFONE:				E-MAIL:			

DADOS PARA ELABORAÇÃO DO CONTRATO:

O contrato será elaborado pela Unimed e enviado para assinatura virtual através da plataforma Autentique.

REPRESENTANTE LEGAL	NOME:			
	ESTADO CIVIL:		RG:	
	PROFISSÃO:		CPF:	
	E-MAIL:			
	ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
TESTEMUNHA	NOME:			
	CPF:		E-MAIL:	

PROFISSIONAL(S) EXECUTANTE(S):

Relacionar os profissionais que irão executar os exames e procedimentos solicitados.

NOME	Nº CONSELHO

PROCEDIMENTOS/EXAMES SOLICITADOS PARA EXECUÇÃO

Conforme relação TUSS-Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (passará por avaliação de cobertura).

Acesso em: <https://portaltuss.com.br/>

Selecionar a categoria "procedimentos" e pesquisar pela palavra chave.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	PROFISSIONAL(S) EXECUTANTE(S)

A análise da solicitação de credenciamento iniciará após a entrega do formulário devidamente preenchido e mediante a entrega de toda a documentação relacionada anteriormente.

A entrega do formulário com preenchimento incorreto e/ou entrega parcial de documentação acarretará a REJEIÇÃO da solicitação de credenciamento e, sendo assim, o processo de análise não será iniciado.

O formulário e demais documentos devem ser enviados para o e-mail: **canalprestador@unimedvtrp.com.br**.

Dúvidas quanto ao preenchimento ou referente aos documentos podem ser sanadas através do telefone (51)3714-7116 ou WhatsApp (51)98146-9028 ou através dos manuais disponibilizados na página <https://www.unimedvtrp.com.br/prestadores-de-saude/>.

DATA:	
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL:	