**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2018**

**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe – CISAMARP.

A Empresa: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Endereço: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO EDITAL nº 01/2018, objetivando o atendimento a demanda SUS dos municípios consorciados ao CISAMARP, realizando para tanto os procedimentos abaixo elencados.

Telefone fixo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone móvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Whatsapp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA:

Nome: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° registro órgão de classe: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_

Especialidade: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_ nº registro especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados Bancários para depósito do pagamento, conta deve ser em nome da empresa:**

Nome do Banco: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_ nº do Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agência: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_

Procedimentos a que se credencia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Procedimento | Código | Valor |
|  |  |  |
|  |  |  |

Copiar procedimentos da Tabela de Valores de Procedimentos.

* Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos cedidos pelo CISAMARP, exclusivamente com pacientes encaminhados pelos municípios via CISAMARP.
* Informo que concordo com todos os itens do edital de credenciamento 01/2018 e Valores da Tabela de Procedimentos CISAMARP.
* Assumimos o compromisso de utilizarmos o sistema informatizado disponibilizado pelo CISAMARP para o faturamento das guias.
* Estamos cientes de que somente deveremos atender paciente portador de guia específica do sistema CISAMARP, observando ainda o que segue:
* Guia deve conter: a assinatura do profissional da Secretaria de Saúde que a imprimiu; e anexo a ela a solicitação do procedimento, assinada por profissional competente;
* Coletar na guia a assinatura do paciente, responsável legal ou acompanhante.
* Profissional que executou o procedimento deve assinar a guia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal

***Obs. Firma Reconhecida.***

Município de em, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.