

FICHA CADASTRAL UNIMED N/NE

Nome: _____ CRM: ____/____

CNPJ: _____ Insc. Est _____

Insc. Municipal: _____ CNES: _____

Isento I.R. S/N (____) Isento ISS S/N (____) Optante do Simples S/N (____)

Especialidades: _____

Dados Bancários: Banco _____ Agência _____ C/C _____

Endereço: Rua/Av. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefones: (____) _____ - _____ - _____

Email: _____

_____/_____/_____
Local Data Carimbo e Assinatura

***Obs.: O preenchimento deverá ser manual, portanto deve-se imprimir para poder preencher.**

Documentos Necessário para Credenciamento Pessoa Jurídica

1. Alvará de licença para funcionamento de estabelecimento e Vigilância Sanitária;
2. Comprovante de Inscrição Municipal (se isento de retenção anexar documento comprobatório);
3. Cópia do CNPJ;
4. Comprovante de pagamento do Conselho Regional de Classe do responsável ou Diretor Técnico;
5. Curriculum Vitae e Certificado de Especialização do Diretor Técnico, bem como dos especialistas responsáveis por cada área;
6. Cópia do contrato Social ou documento que o habilite a assinar em nome do estabelecimento;
7. Relação dos equipamentos existentes;
8. Relação dos profissionais que compõem o corpo clínico;
9. Comprovantes de dados bancários em nome da PJ.
10. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
11. Certidões Negativas (Rec. Fed. Brasil, FGTS, ISSQN)
12. Preenchimento do anexo para Hospitais.

Endereço para envio da Documentação:

Unimed Norte Nordeste

Rua Carneiro da Cunha – 55 – Torre

João Pessoa - PB Cep. 58040-240

Telefone: (083) 30482799

Email: edgard.alves@unimed-nne.com.br

ANEXO A FICHA CADASTRAL PARA HOSPITAIS

REGIME DE ATENDIMENTO (Para os caso de hospitais ou clínicas que se enquadrem)

- Ambulatorial (_____) Sim ou Não
- Cirúrgico (_____) Sim ou Não
- Maternidade (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Cardiológico (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Geral (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Laringoscópio (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Oftalmológico (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Obstétrico e Ginecológico (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Ortopédico (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Pediátrico (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Psiquiátrico (_____) Sim ou Não
- Pronto Atendimento Urológico (_____) Sim ou Não

ESPECIALIDADES (identificar as especialidades oferecidas ou incluir caso não as encontrem)

Alergia e Imunologia – Anestesiologia - Angiologia Cirurgia Vascular e Linfática – Cardiologia - Cardiologia Pediátrica – Cirurgia Bariátrica - Cirurgia Cardíaca - Cirurgia Buco-Maxilo-Facial - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Cirurgia de Mão - Cirurgia Geral - Cirurgia Pediátrica - Cirurgia Plástica - Cirurgia Torácica - Clínica Médica – Dermatologia Clínica e Cirúrgica – Endocrinologia – Fisiatria - Gastroenterologia - Gastroenterologia Pediátrica – Genética – Geriatria - Ginecologia e Obstetrícia – Hematologia - Hepatologia - Hepatologia Pediátrica – Homeopatia – Infectologia - Infectologia Pediátrica – Mastologia – Nefrologia – Nefrologia Pediátrica – Neurocirurgia – Neurologia – Neurologia Pediátrica – Nutrição Enteral e Parenteral - Oftalmologia – Oncologia – Ortopedia e Traumatologia – Otorrinolaringologia – Pediatria – Pneumologia – Pneumologia Pediátrica – Proctologia – Psiquiatria – Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Reumatologia – Reumatologia Pediátrica – Urologia

SERVIÇOS (identificar os serviços oferecidos ou incluir caso não os encontrem)

Acupuntura - Avaliação Nutricional Ambulatorial – Avaliação Nutricional Hospitalar – Avaliação Nutricional Domiciliar - Audiometria – Angiografia – Broncoscopia - Coloscopia - Cintilografia – Colonoscopia – Cardiotocografia - Densitometria Óssea – Diálise – Ecocardiograma – Ecodopler de Carótidas - Eletrocardiograma/ECG - Eletroencefalograma – Eletromanometria ou Manometria – Eletroneuromiografia - Endoscopia Digestiva - Escleroterapia de Veias por Sessão - Fisioterapia - Fonoaudiologia – Hemodiálise – Hemodinâmica (Cateterismo-Angioplastia) - Hemoterapia – Intervencionista e Angiorradiologia - Laboratório (Patologia Clínica/Anatomia Patológica e Citopatologia) – Litotripsia Extra-Corpórea – Mamografia - Mapeamento Cerebral com Eletroencefalografia – Medicina Nuclear - Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial – Peniscopia - PH-Metria – Polissonografia – Quimioterapia - Radiagnóstico – Radiologia - Radioterapia – Remoção Terrestre – Retossigmoidoscopia - Ressonância Magnética – Sessão de Fonoaudiologia Ambulatorial – Sessão de Fonoaudiologia Hospitalar – Sessão de Fonoaudiologia Domiciliar – Sessão de Psicoterapia Ambulatorial – Sessão de Psicoterapia Domiciliar – Sessão com Psicólogo (somente indicação por psiquiatria) – Sessão com Terapeuta Ocupacional (somente indicação por psiquiatria) – Sessão de Terapia Ocupacional Ambulatorial – Sessão de Terapia Ocupacional Hospitalar – Sessão de Terapia Ocupacional Domiciliar - Sistema Holter - Terapia Ocupacional - Teste Ergométrico - Tomografia Computadorizada - Ultra-Sonografia – Vídeo Artroscopia – Vídeo Broncoscopia – Vídeo Cirurgia Torácica - Vídeo Colonoscopia - Vídeo Endoscopia - Vídeo Histeroscopia - Vídeo Laringoscopia - Vídeo Otorrinolaringologia – Vídeo Urologia

ACOMODAÇÕES (informar a quantidade de leitos por segmento se for o caso)

APARTAMENTO – quantidade de leitos: _____

ENFERMARIA - quantidade de leitos: _____

BERÇÁRIO-quantidade de leitos: _____

UTI ADULTO – quantidade de leitos: _____

UTI PEDIÁTRICO – quantidade de leitos: _____

UTI NEONATAL- quantidade de leitos: _____

UTI CORONARIANA – quantidade de leitos: _____

Local e data: _____, ____/____/____.

Responsável pelas informações