O pretendente abaixo identificado requer seu credenciamento na Unimed Ponta Grossa, nos termos que seguem, anexando os documentos comprobatórios.

Declara neste momento estar ciente das exigências para o credenciamento na Unimed Ponta Grossa e que o não preenchimento de um só requisito impede a continuidade do processo.

Para efeito de credenciamento de prestadores de serviços assistenciais, ficam incluídas as seguintes cidades para atuação: Arapoti, Cândido de Abreu, Carambeí, Castro, Imbituva, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Reserva, São João do Triunfo, Teixeira Soares, Telêmaco Borba e Tibagi.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:** | | | | | | | | | | |
| **1.1 Perfil Assistencial:**  Assistência Hospitalar  Clínica Ambulatorial  Laboratório de Análises Clínicas  Clínica de Fisioterapia  Centro de Diagnóstico  Home Care  Clínica Multiprofissional (Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional)  Terapias Especiais  Demais Estabelecimentos: | | | | | | | | | | |
| **Razão Social:** | |  | | | | | | | | |
| **Nome Fantasia:** | |  | | | | | | | | |
| **Endereço eletrônico:** | | |  | | | | | | | |
| **Endereço da prestação do serviço:** | | | | |  | | | | | |
| **Município da prestação do serviço:** | | | | |  | | | | | |
| **Telefone para contato:** | | | | |  | | | | | |
| **N° do CNPJ:** | | | | |  | | | | | |
| **N° do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES:** | | | | | | | | | |  |
| **Nome do Responsável Técnico:** | | | | |  | | | | | |
| **Conselho da Classe do Responsável Técnico:** | | | | | |  | | | | |
| **Sigla UF do Conselho do Responsável Técnico:** | | | | | | |  | | | |
| **Código Conselho Classe do Responsável Técnico:** | | | | | | | |  | | |
| **Site:** |  | | | | | | | | | |
| **1.2 Horário de Atendimento:** | | | | | | | | | | |
| **Segunda à Sexta:** | | | |  | | | | | | |
| **Sábado:** | | | |  | | | | | | |
| **Domingos e Feriados:** | | | |  | | | | | | |
| **Atendimento 24 horas:** | | | | Sim | | | | | Não | |
| **Plantão/urgência/emergência:** | | | | Sim | | | | | Não | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:** | | | | | | | | | | |
| **2.1 - Estrutura Física:** | | | | | | | | | | |
| **Imóvel:** | Próprio | | Locado | | | | | | | |
| **Saídas exclusivas para Público, Funcionários, Emergência, Resíduos:** | | | | | Sim | | | | | Não |
| **Condições de acesso e circulação para deficientes físicos:** | | | | | Sim | | | | | Não |
| **Estacionamento para clientes:** | | | Sim | | Não | | | | | |
| **2.2 - Outras Informações:** | | | | | | | | | | |
| **Possui protocolos de rotina setorizados, manuais de normas técnicas e manuais de biossegurança validados, atualizados e disponíveis aos funcionários para todas as áreas**: | | | | | | Sim | | | Não | |
| **Possui serviço de limpeza:** | | | Próprio | | | | Terceirizado | | | |
| **Possui prontuário eletrônico:** | | | Sim | | | | Não | | | |
| **Participa do Programa NOTIVISA da ANVISA:** | | | Sim | | | | Não | | | |
| **Possui controle de qualidade interno, definido e documentado:** | | | | Sim | | | | Não | | |
| **Participa de algum programa de controle de qualidade externo, com apresentação de certificado de proficiência.** | | | | | | Sim | | | Não | |
| **Qual programa/Órgão Certificador?** | |  | | | | | | | | |
| **Possui acreditação de serviços de saúde (ONA, CBA – Consócio Brasileiro de Acreditação):** | | | | | | Sim | | | Não | |
| **Participa do programa QUALISS da ANS:** | | | Sim | | | | Não | | | |
| **Possui Comissão de Infecção Hospitalar:** | | | Sim | | | | Não | | | |
| **Número médio de atendimentos ao mês:** | | |  | | | | | | | |
| **Número de profissionais no corpo clínico:** | | |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **3. RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS À SEREM ENVIADOS:** |
| 1 **– Estabelecimento:** **É obrigatório que toda a documentação esteja vinculada ao endereço físico e número de CNPJ do local onde o atendimento será realizado.**   * Contrato Social Pessoa Jurídica ou Requerimento de Empresário Individual e última atualização (se houver); * Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; * Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; * Alvará da Vigilância Sanitária; * Alvará de Localização e Funcionamento expedido pela prefeitura; * Declaração do Certificado de Inscrição de Empresa junto ao Conselho de Classe Competente (CRM, CREFITO, CRFa, CRN, CRF, CRP). **Caso o pretendente possua serviços multidisciplinares deverá apresentar a declaração de cada Conselho de Classe especificamente;** * Certificado de Licenciamento do Corpo de Bombeiros - CLCB; * Notas Fiscais (compra) ou descritivo técnico dos principais equipamentos de diagnóstico e terapias existentes; * Informações bancárias da Pessoa Jurídica (relatório do banco, cópia do cheque ou cartão, onde conste o n° do banco, n° da agência e n° da conta corrente); * Documentos comprobatórios dos Atributos de qualificação (Organização Nacional de Acreditação (ONA), Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), Instituto Qualisa de Gestão (IQG), Sistema de Notificação de Eventos Adversos (NOTIVISA), Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) – caso possua; * Certificado de Filantropia emitido pelo CNAS (**exclusivos hospitais**); * Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR; * Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO; * Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde – PGRSS.   **2 - Responsável Técnico**:   * Diploma de graduação e carteira de Classe ativa e regular do Responsável Técnico (graduação e especialização) de cada serviço;   **3 – Quadro Societário**   * Carteira do Conselho de Classe ativa e regular ou cópia do RG/CPF dos sócios e responsáveis legais (administrador, presidente e vice-presidente) da empresa; * Preenchimento do Formulário de Conflito (preenchido e assinado individualmente pelos sócios);   **4 – Corpo Clínico:**   * Carteira do Conselho de Classe ativa e regular, currículo atualizado com cópia de todos os certificados, diploma de formação de Ensino Superior na área de saúde e títulos de especialista do Corpo Clínico.   **5 – Corpo Clínico – Terapias Especiais:**   * Avaliação Neuropsicológica: Diploma de formação de ensino superior em Psicologia; Carteira do conselho de classe ativa e regular; Certificado de Pós-Graduação em Neuropsicopedagogia com mínimo de 360 horas, ou certificação pela Associação Brasileira de Neuropsicologia; Currículo profisisonal atualizado. * Supervisor ABA: Diploma de formação de Ensino Superior na área de saúde (Psicologia, Fonoaudiologia ou Terapia Ocupacional); Carteira do conselho de classe ativa e regular; Certificado de Pós-graduação em Análise do Comportamento Aplicada (Analista do comportamento) – mínimo 360h; Currículo profisisonal atualizado. * Aplicador ABA: Obrigatório apresentar documentação do Supervisor ABA, conforme item acima; Diploma de formação de Ensino Superior (Psicologia, Fonoaudiologia ou Terapia Ocupacional); Carteira do conselho de classe ativa e regular; Certificado de Curso de Aplicador ABA - mínimo 60h; Currículo profissional atualizado. * Psicomotricidade: Diploma de formação de Ensino Superior – Graduação área saúde; Carteira do conselho de classe ativa e regular; Currículo profissional atualizado; Certificado de Pós-graduação de Psicomotricidade - mínimo 360 h (presencial ou semipresencial como recomenda a Associação Brasileira de Psicomotricidade (ABP), pois a mesma não reconhece cursos on-line). * Método Denver de Intervenção Precoce (ESDM): Diploma de formação de Ensino Superior - Psicólogo, Fonoaudiólogo ou Terapeuta Ocupacional; Carteira do conselho de classe ativa e regular; certificado de Método Denver - mínimo 60 h (3 etapas) - Certificação no método validada pelo UC Davis Mind Institute; Currículo profissional atualizado. * Integração Sensorial: Diploma de formação de Ensino Superior – Terapeuta Ocupacional; Carteira do conselho de classe ativa e regular; Currículo profissional atualizado; Certificado de capacitação em Integração Sensorial – mínimo 120 h (Análise dos cursos seguindo os princípios da Associação Brasileira de Integração Sensorial (ABIS), sendo eles: Fundamentos Teóricos, Intervenção, Interpretação de Dados de Avaliação para informar o Raciocínio Clínico em ISA, Avaliação da Função de Integração Sensorial e Disfunção);   Sala contendo medidas adequadas para o fluxo de atividades sensório-motoras intensas (especialmente vestibulares, proprioceptivas e táteis) de maneira a permitir flexibilidade na disposição dos equipamentos e materiais para fácil mudança da configuração física e espacial do ambiente de intervenção. O local deverá conter, pelo menos, 1 de cada equipamento ou material que vise a entrada sensorial nos sistemas tátil, vestibular e proprioceptivo**.**   * Bobath: Diploma de formação de Ensino Superior – Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo ou Terapeuta Ocupacional; Certificado do Curso de Formação Bobath - mínimo 135h. (Certificações reconhecidas internacionalmente pelo IBITA (International Bobath Instructors Training Association); Carteira do conselho de classe ativa e regular; Currículo profissional atualizado;   Sala: necessita de tatame (maca baixa e larga), bolas e rolos de tamanhos variados, espelho e brinquedos  para estímulos.   * Método Teacch (Psicólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional): Diploma de formação de Ensino Superior - Psicólogo, Fonoaudiólogo ou Terapeuta Ocupacional; Carteira do conselho de classe ativa e regular; Currículo profissional atualizado; - Certificado de Curso Método Teacch - mínimo 60 h. * Método PECS: Diploma de formação de Ensino Superior – Fonoaudiólogo; Carteira do conselho de classe ativa e regular; Currículo profissional atualizado; Certificado de Curso de PECS - mínimo 20 h. * Psicopedagogia/Neuropsicopedagogia: Diploma de formação de Ensino Superior - Psicologia; Carteira do conselho de classe ativa e regular; Currículo profissional atualizado; certificado de pós-graduação de Psicopedagogia – mínimo 360 horas. * Cuevas Medek Exercises: Diploma de formação de Ensino Superior – Fisioterapeuta; Certificado do Curso Cuevas Medek Exercises Continuing Education Programa – mínimo 30 h; Carteira do conselho de classe ativa e regular; Currículo profissional atualizado. |

|  |
| --- |
| **4. RELAÇÃO DE TODOS OS EXAMES/PROCEDIMENTOS (CÓDIGO E DESCRIÇÃO) A SEREM CONTRATUALIZADOS:** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome do responsável pelo preenchimento do formulário:** |  | |
| **Cargo:** |  | |
| **Data:** | / / | |
| Na qualidade de Representante Legal desta instituição, declaro a veracidade das informações prestadas, assumindo a responsabilidade quanto a eventuais irregularidades. | | |
|  | |  |
| **Assinatura Sócio Proprietário** | | **Assinatura Responsável Técnico** |