|  |
| --- |
| 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:** | | |  | | | | | | | |
| **Logradouro 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 | | | | | |
| **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:** |
| * 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, CRF a, 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 de identidade e CPF do Diretor Clínico e Diretor Técnico (exclusivo hospitais); * Diploma e carteira do Conselho Profissional do Responsável Técnico (graduação e especialização) de cada serviço; * RG ou da carteira do Conselho Profissional e cópia do CPF dos sócios e responsáveis legais (administrador, presidente e vice-presidente) da empresa; * 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; * 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 (exclusivo 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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. RELAÇÃO DE TODOS OS EXAMES/PROCEDIMENTOS (CÓDIGO E DESCRIÇÃO) A SEREM CONTRATUALIZADOS:** | | |
| Na qualidade de representante legal desta instituição, declaro a veracidade das informações prestadas, assumindo a responsabilidade quanto a eventuais irregularidades acerca das mesmas. | | |
| **Nome do responsável pelo preenchimento do formulário:** |  | |
| **Cargo:** |  | |
| **Data:** | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |
| **Assinatura Sócio Proprietário** | | **Assinatura Responsável Técnico** |
|  | |  |

**OBSERVAÇÃO: Dados descritos no cabeçalho e rodapé deste documento são utilizados apenas para controle interno da Gestão de Documentos da Unimed Ponta Grossa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORAÇÃO** | **VERIFICAÇÃO** | **APROVAÇÃO** |
| Michelle Bayer Weigert | Maira Danita de Oliveira  Francyne Sofia Tarnoski | José Irineu Correia Oliveira |