**ANEXO II**

**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO 02/2022**

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 02/2022, objetivando o atendimento a demanda SUS dos municípios consorciados ao CISAMARP, realizando para tanto os procedimentos abaixo elencados.

**RESPONSAVEL PELA EMPRESA**:

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº registro órgão de classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EMPRESA:**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº registro órgão de classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS DA EMPRESA:**

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

CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados Bancários para depósito do pagamento:**

NomedoBanco: \_\_\_\_ Nº do banco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ContaCorrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Procedimentos a que se credencia anualmente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedimento | Código | Qtd | Valor unit | Valor Total |
|  |  |  |  |  |

Obs1: Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos cedidos pelo CISAMARP, exclusivamente com pacientes encaminhados pelos municípios via CISAMARP.

Obs2: Informo que concordo com todos os itens do EDITAL DE CREDENCIAMENTO 02/2022 e Valores da Tabela de Procedimentos CISAMARP.

Obs3: Assumimos o compromisso de utilizarmos o sistema informatizado disponibilizado pelo CISAMARP para o faturamento das guias.

Obs4: 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;

Coletar na guia a assinatura do paciente, responsável legal ou acompanhante e do motorista do município, bem como, preencher horário de chegada e saída do paciente.

Profissional que executou o procedimento deve assinar a guia.

, de de 20XX

Representante Legal

Obs. Assinatura digital ou Firma Reconhecida.