



SECRETARIA DE GOVERNO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Decam - Departamento de Convênios e Assistência Médica
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000



FICHA DE CREDENCIAMENTO IAMSPE – PESSOA JURÍDICA

DADOS CADASTRAIS

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____
Endereço: _____ Nº: _____
Comp.: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Município/Estado: _____
E-mail: _____ Fone: (____) _____ Fax: (____) _____

DOCUMENTOS E CERTIDÕES

CNPJ: _____
Inscrição Estadual: _____
Data de Expedição do Alvará de Funcionamento: _____
Data de Expedição da Licença da Vigilância Sanitária: _____
Inscrição Municipal/Cadastro de Contribuinte Municipal – CCM/ISSQN: _____
Lei nº: _____, de: _____
Data de validade da Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais: _____
Data de validade da Certidão Negativa de Débitos Gerais a Tributos Municipais: _____
Certidão Negativa de Débito junto ao INSS-CND: _____
Certidão de Regularidade junto ao FGTS-CRF: _____
Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: _____
Relação de Corpo Clínico
Declaração de Acumulação de Cargo

ATENDIMENTO

Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____
Especialidade: _____	Capacidade/mês: _____

Responsável Administrativo: _____
Responsável Técnico: _____

Segue cópia dos documentos acima.
Estou ciente e de acordo com os Termos do Edital nº 012/2014

Data: _____ Assinatura _____



Relação do Corpo Clínico

NOME	TITULAÇÃO	CRM