Ficha de Credenciamento IAMSPE – Pessoa Jurídica

Dados Cadastrais

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Comp.: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Município/Estado: _____

E-mail: _____ Fone: _____ Fax: _____

Documentos e Certidões

CNPJ: _____

Inscrição Estadual: _____

Inscrição Municipal: _____

Data de Expedição do Alvará de Funcionamento: _____

Data de Expedição da Licença da Vigilância Sanitária: _____

Inscrição no 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 Estabelecimento de Saúde – CNES: _____

Atendimento

Capacidade / mês: _____

Especialidade(s): _____

_____

_____

Responsável Administrativo: _____

Responsável Técnico: _____

Titulação: _____ CRM: _____

Corpo Clínico

Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____
Nome: _____ Titulação: _____ CRM: _____

Seguem os documentos às folhas 02.
Estou ciente e de acordo com o Termo do Edital nº 02/2009

Data

Assinatura _____