



## **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: _____
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 \_\_\_\_\_

