

ANEXO - I

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

I - FICHA CADASTRAL						
Razão Social:						
Nome Fantasia:						
CNPJ.:			CNES:			
II - TIPO DE PRESTADOR						
Clínica ()	Consultório Isolado ()	Cooperativa ()	Hospital ()	Pronto Atendimento ()	Laboratório ()	Outro ()
III - ENDEREÇO						
Logradouro (Rua, Av.):					Nº.	
Complemento:			Bairro:			
Cidade:		CEP:		Estado:		
IV - CONTATOS						
Telefone 1: ()		Telefone 2: ()		Celular: ()		
V - DADOS BANCÁRIOS						
Banco:		Agência		Conta Corrente:		
VI - REPRESENTANTE LEGAL						
Nome:						
Cargo ou Função:						
Celular: ()		*Email:				

*O e-mail fornecido deverá estar devidamente atualizado para recebimento das informações necessárias referentes à autorização para emissão de NF

Com os documentos e dados complementares em anexo, venho requerer o Credenciamento para a prestação de serviços em saúde ao IPAM, declarando conhecer e acatar as normas e instruções contidas no Edital de Credenciamento nº 001/2018/IPAM.

VII - ACEITO RECEBER NOTIFICAÇÕES E COMUNICADOS POR E-mail	() Sim	() Não
VIII – REALIZA PROCEDIMENTOS MÉDICOS NESTE ENDEREÇO	() Sim	() Não
IX – REALIZA CONSULTAS MÉDICAS NESTE ENDEREÇO	() Sim	() Não

DOCUMENTOS E DADOS COMPLEMENTARES

- Carta proposta (Serviços Prestados)
- Declaração: Declaração do Menor.
- Declaração de Urgência e Emergência, se for o caso.

Porto Velho, ____ de _____ de 2018

Carimbo e Nome Legível do Responsável