**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N. 01/2023**

**Anexo I**

modelo de requerimento de:

**CREDENCIAMENTO PARA PESSOA FÍSICA**

ILUSTRÍSSIMO SENHOR **PRESIDENTE DO SASSOM – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS MUNICIPIÁRIOS**

Prestador/NOME DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrição Profissional nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço (rua, bairro, CEP, cidade): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone/comercial: (18) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone/celular: (18) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Credenciamento de: **PESSOA FÍSICA**

Venho através desta solicitar meu **“CREDENCIAMENTO para prestação de serviços de saúde perante essa autarquia (SASSOM – Serviço de Assistência à Saúde dos Municipiários)”**.

 Quanto a especialidade acima identificada, segue, em anexo, cópia dos seguintes documentos:

 - cartão CPF;

- cartão de inscrição profissional;

- certidão negativa (ou positiva com efeito de negativa) de tributos municipais mobiliários (imposto sobre serviços e taxas de licença, de fiscalização e de vigilância sanitária);

- currículo profissional.

Outrossim, requer que no **site oficial** conste como prestador de serviço o profissional acima nominado, nas respectivas especialidades supra descritas.

 Presidente Prudente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e CPF do interessado

**DADOS BANCÁRIOS/**

**Pessoa Física:**

**Nome do Banco:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Banco nº:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Agência nº:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Conta Corrente nº**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Beneficiário:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- OBSERVAÇÕES GERAIS:**

- *Os segurados e dependentes serão conduzidos ao local de atendimento com* ***guia fornecida pelo SASSOM****;*

- *Para pagamento do serviço realizado deverá ser entregue no SETOR DE AUDITORIA MÉDICA uma relação com as guias de atendimento* ***até o 5º dia útil de cada mês****;*

*- a relação com as guias de atendimento devem conter: o nome do paciente atendido, o valor das consultas/atendimentos, bem como a totalização, sendo tal documento datado e assinado pelo credenciado, acompanhado das guias;*

*- Os dados dos credenciamentos estarão disponíveis no* **site do SASSOM**, no seguinte endereço: [**https://www.sassompp.sp.gov.br/**](https://www.sassompp.sp.gov.br/)