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

**Anexo II**

Modelo de requerimento de:

**CREDENCIAMENTO PARA PESSOA JURÍDICA**

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

- Prestador/NOME DA PESSOA JURÍDICA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

CNPJ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Credenciamento de: **PESSOA JURÍDICA**

Vem através desta solicitar seu **“credenciamento para prestação de serviços de saúde perante essa autarquia”**, nas seguintes áreas:

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

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

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

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

Seguem cópias dos seguintes documentos:

- cartão CNPJ;

- alvará do Corpo de Bombeiros;

- alvará da vigilância sanitária municipal;

- 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);

**observação:** caso seja pessoa jurídica que preste serviços diretamente pelas pessoas físicas que a constituíram (*como no caso de MEI - Microempreendedor Individual ou de* [*EIRELI -a*](https://www.suno.com.br/artigos/eireli/) *Empresa Individual de Responsabilidade Limitada ou de Empresário Individual - EI ou de Sociedade Limitada Unipessoal - SLU*) e não mediante profissionais de saúde contratados ou empregados, também será necessário apresentar: (a) currículo profissional; (b) cópia do cartão de inscrição no Conselho profissional correspondente.

Outrossim, requer que no **site oficial** conste seu credenciamento.

Presidente Prudente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

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

Nome do representante da pessoa jurídica:

CPF.

**DADOS BANCÁRIOS/**

**Pessoa Jurídica:**

**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/)