

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO n. 001/2024**  
**FICHA CADASTRAL - Pessoa Física**

**Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia (se houver): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_

Inscrição INSS: \_\_\_\_\_

**Dados Profissionais:**

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Fone(s): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Conselho Regional – CRM: \_\_\_\_\_

UF Conselho Regional: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

RQE: \_\_\_\_\_

Categoria do Prestador: \_\_\_\_\_

Capacidade mínima de atendimento mensal : \_\_\_\_\_

**Dados Bancários Pessoa Física:**

Código Banco: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ Nº Agência: \_\_\_\_\_

Nº Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Dados de Troca Arquivos: \_\_\_\_\_

Possui Internet: sim ( ) não ( )

Utiliza padrão TISS atualmente: sim ( ) não ( )

Dados de Serviços: \_\_\_\_\_

**Dias e Horários de Atendimento:**

	SEGUNDA FEIRA	TERÇA FEIRA	QUARTA FEIRA	QUINTA FEIRA	SEXTA FEIRA	SÁBADO	DOMINGO
TURNO {	MANHÃ						
	TARDE						
	NOITE						

Para tanto, são apresentadas as documentações exigidas no Edital de Credenciamento e prestadas as informações a seguir:

**SIM / NÃO**

<input type="checkbox"/> SIM	<b>TAB-REF – Tabela de Referência para credenciamento do FUNSERVIR</b>
------------------------------	--

Relacionar a lista de códigos de procedimentos executados pelo prestador:

**CÓDIGO                      DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELO PRESTADOR:**

Ex. 10101012      Consulta em Consultório

Ex. 10102019      Visita hospitalar (paciente internado)

**FAVOR ENVIAR LISTAGEM EM ARQUIVO PRÓPRIO, ANEXO, NOS MOLDES SUPRACITADOS.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura da pessoa física mediante certificado digital.