



**Título:** Requerimentos à Gerência de Credenciamento

**Tipo de Anexo:** Formulário

**Número e Versão do Anexo:** RQ-FOR-282 - V.15

**Fase:** Aprovado

**PESSOA FÍSICA**

Nome:
CPF.:
Matrícula IPASGO:

**PESSOA JURÍDICA**

Nome Fantasia:
Razão Social:
CNPJ.:
Matrícula IPASGO:

**DADOS GERAIS PARA ATUALIZAÇÃO CADASTRAL**

Nome do local de atendimento e/ou ponto de referência:
Telefones do local de atendimento/contato com aplicativo de mensagem instantânea: 1 - ( ) _____ 2 - ( ) _____ 3 - Residencial: ( ) _____ (não será divulgado no site do IPASGO se for preenchido neste campo) 4 - Celular: ( ) _____ (não será divulgado no site do IPASGO se for preenchido neste campo)
E-mail 1:
E-mail 2:
Site:
Quantidade de vagas no estacionamento próprio:
Dias e respectivos horários de atendimentos: Local de atendimento 1: ( ) segunda-feira ( ) terça-feira ( ) quarta-feira ( ) quinta-feira ( ) sexta-feira ( ) sábado ( ) domingo das ____ : ____ às ____ : ____ Local de atendimento 2: ( ) segunda-feira ( ) terça-feira ( ) quarta-feira ( ) quinta-feira ( ) sexta-feira ( ) sábado ( ) domingo das ____ : ____ às ____ : ____
<b>OS CAMPOS ACIMA DEVEM SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDOS</b>

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nome Legível, Assinatura e carimbo**



**Título:** Requerimentos à Gerência de Credenciamento

**Tipo de Anexo:** Formulário

**Número e Versão do Anexo:** RQ-FOR-282 - V.15

**Fase:** Aprovado

**Credenciado/Requerente (pessoa física) ou Responsável(is) Legal(is) (pessoa jurídica)**

**Assuntos – Pessoa Física:**

- 01- Alteração de Endereço: 04-08-22-23-24  
 02- Inclusão de Endereço: 08-22-23-24 (Apresentar Alvará Sanitário do atual local de atendimento)  
 03- Alteração de Especialidade: 05-08-10-22-23-24  
 04- Inclusão de Especialidade: 08-22-23-24  
 05- Atestado Para Credenciado: 01-08-22-23-24  
 06- Atestado Para Não Credenciado: 01-03-22-23-24  
 07- Descredenciamento: 01-22-23-24  
 08- Suspensão Temporária: de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 01-02-08-09-22-23-24  
**Aviso:** A partir do bloqueio não é possível apresentação e recebimento de faturas.  
 09- Extensão Para Outro Município: 08-13-22-23-24  
 10- Transferência para outro município:08-13-22-23-24  
 11- Desbloqueio: 01-08-10-12-13-22-23-24  
 12- Diversos: 01-02-08-22-23-24  
 13- Inclusão de área de atuação para atendimento TEA: 01-02-03-08-09-10-22-23-24-25  
     13.1- Fonoaudiologia  
     13.2- Psicologia  
     13.3- Terapia Ocupacional

**Assuntos – Pessoa Jurídica:**

- 01- Alteração de Endereço: 04-08-09-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-22-23-24  
 02- Alteração de Nome Fantasia: 08-09-14-15-16-18-19-20-22-23-24  
 03- Alteração de Razão Social: 08-09-14-15-16-17-18-19-20-22-23-24  
 04- Alteração de Responsável Legal: 01-08-09-14-15-16-18-21-22-23-24  
 05- Alteração do Responsável Técnico: 03-09-14-15-16-17-18-20-21-22-23-24  
 06- Suspensão Temporária: de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 01-02-08-16-18-22-23-24  
**Aviso:** A partir do bloqueio não é possível apresentação e recebimento de faturas.  
 07- Descredenciamento: 01-02-22-23-24  
 08- Desbloqueio: 01-02-08-09-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-22-12-24  
 09- Extensão de Credenciamento: 01-02-08-09-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25(apenas no caso de inclusão de atendimento do TEA).  
 10- Inclusão de Filial: 01-02-08-09-10-11-12-13-14-15-16-18-17-18-19-20-21-22-23-24  
 11- Inclusão de Profissional no Corpo Clínico: 01-02-03-07-08-09-10-16-22-23-24-18  
 12- Diversos:01-02-08-09-16-21-22-23-24

Obs.: Os algarismos sequenciais à frente de cada assunto correspondem aos itens de checagem listados nas páginas nº2 e 3, abaixo. Todos estes itens (documentos) devem estar regulares e devem ser autuados e protocolados obrigatoriamente na sequência apresentada de acordo com o assunto selecionado. Caso contrário, o processo será arquivado até a completa regularização.

**ITENS DE CHECAGEM**

- 01** – Anexar justificativa/motivo e informar se o serviço está em funcionamento, quando for o caso.
- 02** – Anexar o documento necessário que legitime a solicitação.
- 03** – Cópia do R.G. e CPF ou carteira profissional
- 04** – Alterar o endereço para:
- 05** – Alterar a especialidade: \_\_\_\_\_ para a especialidade: \_\_\_\_\_



**Título:** Requerimentos à Gerência de Credenciamento

**Tipo de Anexo:** Formulário

**Número e Versão do Anexo:** RQ-FOR-282 - V.15

**Fase:** Aprovado

<b>06</b> – Relação, em formato de tabela, do corpo clínico credenciado, contendo os seguintes campos: N°. de Ordem, Nome do Profissional, C.P.F., N° do conselho; Especialidade, área de atuação, Fone.
<b>07</b> – Relação, em formato de tabela, do corpo clínico não credenciado, contendo os seguintes campos: N°. de Ordem, Nome do Profissional, C.P.F., Categoria, N°. da Inscrição no Conselho da Classe, Especialidade, Área de Atuação, Fone.
<b>08</b> – Cópia do alvará de efeito sanitário vigente (Obs. no Alvará do ano em exercício deverá conter: atividade que o prestador executa).
<b>09</b> – Alvará de Licença/Funcionamento.
<b>10</b> – Cópia do documento oficial, expedido pelo conselho da classe, quanto ao registro da regularidade e especialidade.
<b>11</b> – Cópia do certificado de regularidade do FGTS – CRF
<b>12</b> – Cópia da certidão negativa de débitos trabalhistas.
<b>13</b> – Cópia da certidão negativa junto às fazendas públicas municipal, estadual e federal.
<b>14</b> – Cópia do documento oficial, expedido pelo conselho da classe, quanto ao registro da pessoa jurídica.
<b>15</b> – Cópia do contrato social e suas alterações ou cópia de qualquer outro ato regulamentário constitutivo da pessoa jurídica.
<b>16</b> – Cópia do documento oficial da pessoa jurídica em órgão competente. Ex: certidão simplificada expedida pela JUCEG.
<b>17</b> – Contrato com fornecedores de serviço (terceirizados) quando for o caso.
<b>18</b> - Certificado de Conformidade do Corpo de Bombeiros.
<b>19</b> - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.
<b>20</b> - Responsável Técnico pelo Serviço solicitado, com a respectiva especialidade expedido pelo Conselho Regional Pertinente.
<b>21</b> - Laudo Técnico de Levantamento Radiométrico dos equipamentos que emitem radiação ionizante.
<b>22</b> – A assinatura solicitada do prestador credenciado como pessoa física na primeira página deste formulário deve ser, obrigatoriamente, a mesma de quaisquer dos documentos oficiais e com foto, encontrados no processo de credenciamento, e a assinatura do(s) responsável(is) legal, poderá ser a mesma assinada no contrato social, em suas alterações contratuais ou qualquer outro ato regulamentário constitutivo da pessoa jurídica ou, também, em quaisquer dos documentos oficiais e com foto, que se encontram anexados no processo de credenciamento da pessoa jurídica.
<b>23</b> – Estes itens de checagem devem estar regulares e devem ser autuados e protocolados obrigatoriamente na sequência apresentada de acordo com o assunto selecionado. Caso contrário, o processo será arquivado até a completa regularização.
<b>24</b> – A Gerência de Credenciamento não aceita documentos físicos. Todos os documentos devem ser em formato PDF e protocolados via SEI – Sistema Eletrônico de Informações.
<b>25</b> - Certificado de conclusão de curso de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado) ou <i>lato sensu</i> (especialização) na área da saúde, com ênfase em Terapia Comportamental Aplicada, Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo (ABA) e/ou Transtornos do Espectro do Autismo



**Título:** Requerimentos à Gerência de Credenciamento

**Tipo de Anexo:** Formulário

**Número e Versão do Anexo:** RQ-FOR-282 - V.15

**Fase:** Aprovado

(TEA), com carga horária mínima de 360 (trezentos e sessenta) horas, emitido ou validado por entidade credenciada para tanto pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e cadastradas no cadastro e-MEC.

**ANEXO I – CORPO CLÍNICO CREDENCIADO:**

**OBS: Para atendimento TEA é obrigatório informar o corpo clínico.**

Número	Nome	CPF	Nº do conselho com UF	Especialidade (RQE)	Área de Atuação	Fone

**ANEXO II - CORPO CLÍNICO NÃO CREDENCIADO:**

Número	Nome	CPF	Categoria	Nº do conselho com UF	Especialidade	Área de Atuação	Fone