

ASSUNTO: Documentos Reajuste/Renovação 2024-2025 do Programa de Prevenção de Saúde (10)

Prezado(a) Credenciado(a)

1 A fim de dar andamento ao processo de reajuste e renovação do contrato, segue abaixo a relação de documentos e orientação de envio via Central Saúde Caixa.

1.1 Solicitamos envio no prazo de 5 dias corridos.

1.2 Reforçamos que o processo de renovação do contrato e reajuste será exclusivamente pelo canal indicado, a Central de Atendimento.

2 Documentos necessários

➤ Documentos referente ao local onde os atendimentos serão realizados

- Cópia do Alvará de funcionamento e localização;
- Cópia do CNES atualizado, conforme disponibilizado no sítio <http://cnes.saude.gov.br>;
- Relação do aparelhamento existente para exercício da atividade e das instalações;
- Comprovante de endereço, de acordo com a Receita Federal;
- Cópia da licença sanitária ou documento fornecido pela autoridade municipal competente, com o endereço do local de atendimento;
- Para serviços prestados exclusivamente em unidade CAIXA, fica dispensada a apresentação do Alvará de funcionamento, licença sanitária, CNES e relação de aparelhamento e instalações.

➤ Documentos pessoais

- Recibo de entrega do IR ou Certidão Negativa emitida pelo Órgão competente;
- Cópia de Inscrição no CPF;
- Documento de Identidade;
- Comprovante de Recolhimento INSS, se for o caso;
- Nº de Inscrição no PIS/PASEP ou nº de inscrição no INSS;
- Dados bancários do proponente referente à conta da CAIXA.

➤ O profissional deve atender os requisitos abaixo no tocante à qualificação técnica:

- Carteira de Identidade fornecida pelo Conselho Regional de Classe Profissional;
- Título de Especialista registrado no CRM (médico) ou certificado de residência registrado no CRM (min 2 anos de experiência) ou Especialidade registrado no respectivo conselho (não médico);
- Número do CNES.
- Código Brasileiro de Ocupação;
- Certidão Negativa da Fazenda Municipal do domicílio ou sede da empresa;

➤ O responsável ou diretor técnico da empresa deverá apresentar:

- Título de especialista registrado no CRM na respectiva área de atividade em que os serviços são prestados, no caso de instituições que prestam serviço médico em uma única especialidade;
- Documento que comprove a inscrição do diretor técnico/clínico junto ao Conselho Regional de Classe Profissional ou junto ao respectivo Conselho;
- Cópia do Contrato Social ou Procuração e Contrato Social da entidade, identificando o responsável legal pelo hospital ou clínica;
- Cópia do CPF (ou documento onde conste o nº do CPF);
- Cópia do Documento de Identidade.

3 Envio dos documentos:

- Acessar o endereço: <https://centralsaudecaixa.com.br/fale-conosco/>
- Selecionar e preencher os campos, de acordo com a tela abaixo:

SAÚDE CAIXA Central de Atendimento

Para Beneficiários Para Credenciados Canais de Atendimento

Selecione o tipo da mensagem: *Obrigatório

☒ Nova solicitação

☐ Reclamação

☐ Sugestão

☐ Elogio

Aqui você pode SOLICITAR qualquer serviço, além de obter informações, tirar dúvidas e enviar documentos:

Remetente: *Obrigatório

☐ Beneficiário ☒ Prestador/Entidade Credenciada ☐ Convênios de Reciprocidade

Selecione o SERVIÇO para Credenciado:

Programas Ocupacionais

Selecione o ASSUNTO sobre programas ocupacionais: *Obrigatório

Indicação de novo credenciamento

CPF/CNPJ *Obrigatório

CNPJ - Pessoa Jurídica

CNPJ do Credenciado *Obrigatório

CNPJ do Credenciado *Obrigatório

PREENCHER COM O CNPJ

Somente números

Razão Social do Credenciado *Obrigatório

PREENCHER COM A RAZÃO SOCIAL

Nome completo do Beneficiário

NÃO PREENCHER

Nº do Cartão do Beneficiário

NÃO PREENCHER

Somente números

Endereço de e-mail *Obrigatório

PREENCHER COM O E-MAIL DE CONTATO

Telefone para contato com DDD *Obrigatório

INFORMAR O TELEFONE DE CONTATO COM DDD

Gênero *Obrigatório

☒ Masculino

☐ Feminino

UF de atendimento *Obrigatório

Selecione:

Município de atendimento *Obrigatório

PREENCHER COM O MUNICÍPIO DA SEDE A EMPRESA

- Na mesma tela há um campo para anexar os documentos (todos os documentos devem ser em formato PDF)

Tipo de Solicitação
Nível solicitado: 2

Mensagem/Solicitação: urgente

INFORMAR QUE SE TRATA DE ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO DE EMPRESA CREDENCIADA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO PARA REAJUSTE E RENOVAÇÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA ANÁLISE DA CEREP

Digite sua solicitação com a maior quantidade de dados possíveis do mesmo assunto escolhido acima. Isso é importante para que seja tratado com maior celeridade e exatidão. Para pedidos de autorização, o CPF/CNPJ do prestador é obrigatório.

Clique para anexar arquivo(s)
Selecione um arquivo... **Procurar...**

Enviar outro
Tamanho máximo para envio é 10MB. São aceitos os seguintes formatos: jpg, jpeg, png, gif, txt, pdf, xls, doc, docx, xlsx, csv, xml, odt

Enviar

Clô, precisa de ajuda?

- 4 Todas as etapas serão realizadas exclusivamente pela Central de Atendimento, e pode ser acompanhada no mesmo canal com o número do protocolo gerado.
- 5 Aguardamos o chamado com a documentação completa.
- 6 Ficamos a disposição

Atenciosamente,

Tatyane Nunes da Cunha

Assistente Sênior

CN Rede de Pessoas

Talita Bermejo de Sousa

Coordenadora de Centralizadora

CN Rede de Pessoas