

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DE QUALIFICAÇÃO

Prestadores de serviços hospitalares, auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais e Profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios

(RN 267 – 275 - IN DIDES N.º 52 - Definiu as regras para a divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde em seus materiais de divulgação da rede assistencial)

1. RAZÃO SOCIAL:			
2. NOME FANTASIA:			
3. CNPJ:		4. CNES:	
5. SITE:			
6. E-MAIL:			
7. LOCALIDADE:		8. UF:	

Qualificação: Marcar opção (com um "X") nas perguntas abaixo e, caso positivo, anexar os documentos comprobatórios (Certificados e etc)

9. TIPO DE ESTABELECIMENTO	
<input type="checkbox"/>	Prestadores de serviços hospitalares
<input type="checkbox"/>	Acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora (Atributos: ANOA, ACBA, AIQG)
<input type="checkbox"/>	Participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos (Notivisa) da Anvisa (Atributo: N)
<input type="checkbox"/>	Participação no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss) da ANS (Atributo: Q)
<input type="checkbox"/>	Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais
<input type="checkbox"/>	Acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora (Atributos: ANOA, APALC, ADICQ)
<input type="checkbox"/>	Participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos (Notivisa) da Anvisa (Atributo: N)
<input type="checkbox"/>	Participação no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss) da ANS (Atributo: Q)
<input type="checkbox"/>	Profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios
<input type="checkbox"/>	Participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos (Notivisa) da Anvisa (Atributo: N)
<input type="checkbox"/>	Residência em saúde reconhecida pelo MEC na área de atuação do profissional (Atributo: R)
<input type="checkbox"/>	Pós-graduação com no mínimo 360 h reconhecida pelo MEC na área de atuação para profissionais da saúde, exceto médicos (Atributo: P)
<input type="checkbox"/>	Título de Especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria na área de atuação, com registro no conselho profissional (Atributo: E)
10. RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS	
NOME COMPLETO:	
TELEFONE(S):	
E-MAIL:	
SETOR:	
<input type="checkbox"/>	Autorizamos a divulgação da qualificação nos canais de comunicação desta operadora. Eventuais alterações em seus atributos serão comunicadas para que sejam atualizadas. (Marque com "X" no espaço a esquerda)

Data: ____/____/____ **Assinatura:** _____