SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO – COOPERATIVA

**DADOS DA COOPERATIVA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razão Social: | | Cód. Credenciado (Preenchido pelo Agros): |
| Nome Fantasia: | | |
| Número de Inscrição CNPJ: | Número no CRM/MG: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **VÍNCULO COM HOSPITAL** | Se especializado, informar a Especialidade |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço de Atendimento (Rua, Avenida, Alameda, etc.):** | | | | | | | | | | Número: | | | Complemento: | |
| Bairro: | | | | CEP: | | | | Cidade: | | | | | | UF: |
| Telefone 1:  ( ) | | | Telefone 2:  ( ) | | | | | | Fax: | | | | | |
| E-mail (Geral) : | | | | | | | | | Site: | | | | | |
| Nº do Alvará de Localização: | | Data de Validade: | | | | Nº do Alvará da Vigilância Sanitária: | | | | | | Data de Validade: | | |
| N° do CNES Definitivo (Cadastro Nacional de Estabelec. de Saúde): | | | | | | | N° de Inscrição Municipal: | | | | Modalidade de Recolhimento ISS:  ( ) **Mensal**  ( ) **Anual**  ( ) **Isento** | | | |
| N° da Insc. Estadual: | Atendimento 24 horas?  ( ) Sim ( ) Não | | | | Dias/Horários de Atendimento disponíveis para o Agros: | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço para Correspondências (Rua, Avenida, Alameda, etc.):** | | | | Número | Complemento | |
| Bairro: | | CEP: | Cidade: | | | UF: |
| Telefone:  ( ) | Fax:  ( ) | | E-mail: | | | |

**DADOS BANCÁRIOS** (necessário anexar comprovante dos dados informados)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Banco: | | | Código do Banco: |
| Nº da Conta Corrente (informar o dígito verificador): | Nome da Agência: | Nº da Agência (informar o dígito verificador): | |

**DADOS DA DIRETORIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | | |
| Profissão: | | | Cargo: | | |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: | | | | Estado Civil: |
| CPF: | RG: | | | | Nº de Registro no Conselho da Classe: |
| Telefone fixo:  ( ) | | Telefone Móvel:  ( ) | | E-mail: | |
| **Nome:** | | | | | |
| Profissão: | | | Cargo: | | |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: | | | | Estado Civil: |
| CPF: | RG: | | | | Nº de Registro no Conselho da Classe: |
| Telefone fixo:  ( ) | | Telefone Móvel:  ( ) | | E-mail: | |
| **Nome:** | | | | | |
| Profissão: | | | Cargo: | | |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: | | | | Estado Civil: |
| CPF: | RG: | | | | Nº de Registro no Conselho da Classe: |
| Telefone fixo:  ( ) | | Telefone Móvel:  ( ) | | E-mail: | |

**DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | | Profissão: |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: | | | Estado Civil: | |
| CPF: | RG: | | | Nº de Registro no CRM-MG: | |
| Telefone fixo:  ( ) | | Telefone Móvel:  ( ) | E-mail: | | |

**CONTATOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Setor Convênios:** | E-mail: | Telefone:  ( ) |
| **Setor Faturamento:** | E-mail: | Telefone:  ( ) |
| **Revisão de Glosa** | E-mail: | Telefone:  ( ) |
| **Secretaria** | E-mail: | Telefone:  ( ) |
| **Setor jurídico/contrato** | E-mail: | Telefone:  ( ) |
|  | E-mail: | Telefone:  ( ) |
|  | E-mail: | Telefone:  ( ) |
|  | E-mail: | Telefone:  ( ) |
|  | E-mail: | Telefone:  ( ) |

**CORPO CLÍNICO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **CONSELHO** | **NUMERO REGISTRO PROFISSIONAL** | **ESPECIALIDADE** | **CPF** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS FATURADOS EXCLUSIVAMENTE PARA A COOPERATIVA**

**Especificar:**

|  |
| --- |
|  |
|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data da Solicitação:  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Carimbo e Assinatura: |

**CONFLITO DE INTERESSE**

|  |
| --- |
| O candidato que prestará atendimento aos beneficiários do plano de saúde do Agros participa, como sócio ou dirigente, de empresas que mantenham relacionamento comercial com o Agros ou faz parte do quadro funcional do Instituto?  (   ) NÃO  (   ) SIM. Descreva o vínculo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ANEXAR Á FICHA DE CREDENCIAMENTO, CÓPIA DOS DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO:**

**EM NOME PESSOA JURÍDICA:**

* CONTRATO SOCIAL E ÚLTIMA ALTERAÇÃO REGISTRADOS NA JUNTA COMERCIAL OU ESTATUTO E ÚLTIMA ATA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ENTIDADE.
* COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA - CNPJ
* CERTIFICADO ATUALIZADO DE INSCRIÇÃO JUNTO AO CRM-MG
* COMPROVANTE DE PAGAMENTO DO IMPOSTO SOBRE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (ISSQN) OU DOCUMENTO QUE COMPROVE ISENÇÃO DE RETENÇÃO
* ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO EXPEDIDO PELA PREFEITURA MUNICIPAL
* ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
* COMPROVANTE DE REGISTRO (DEFINITIVO) NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES
* COMPROVANTE DOS DADOS BANCÁRIOS
* COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA ANUIDADE DO CRM-MG OU CERTIDÃO DE NADA CONSTA
* COMPROVANTE DE DISPENSA DE RETENÇÃO DOS TRIBUTOS FEDERAIS (IRRF, COFINS, CSLL E PIS/PASEP) OU, SE DE OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, APRESENTAR DECLARAÇÃO QUE COMPROVE A DISPENSA PARA A RETENÇÃO DOS TRIBUTOS
* RELAÇÃO COMPLETA DO CORPO CLÍNICO CONTENDO: NOME, CPF, ESPECIALIDADE/ÁREA, Nº DO REGISTRO NO CONSELHO DA CLASSE
* RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE REALIZAM CONSULTAS ELETIVAS CONTENDO, NOME, ESPECIALIDADE/ÁREA, Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL, DIAS DE ATENDIMENTO

#### **EM NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E DIRETORIA:**

* DIPLOMA DE GRADUAÇÃO
* CERTIFICADO DE REGISTRO DA(S) ESPECIALIDADE(S) NO CRM-MG
* CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DA ESPECIALIZAÇÃO E/OU DA CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA
* CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL EMITIDA PELO CRM-MG
* CURRICULUM VITAE