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