SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

HOSPITAL

**DADOS DO HOSPITAL**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **NATUREZA JURÍDICA** | **Assinalar com x** |
| Consórcio Intermunicipal |[ ]
| Conveniado SUS |[ ]
| Filantrópico |[ ]
| Privado com fins lucrativos |[ ]
| Privado sem fins lucrativos |[ ]
| Público Estadual |[ ]
| Público Federal |[ ]
| Público Municipal |[ ]
| Universitário |[ ]
| Vínculo com o Ministério da Saúde |[ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE HOSPITAL** | **Assinalar com x** |
| Geral |[ ]
| Hospital-dia |[ ]
| Especializado |[ ]
| Se especializado, informar a Especialidade: |

|  |  |
| --- | --- |
| **MODELO DE GESTÃO** | **Assinalar com x** |
| Gestão Própria (todos os serviços são de propriedade do Hospital) |[ ]
| Gestão Mista (parte dos serviços são terceirizados pelo Hospital) |[ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: |

**COORDENAÇÃO DOS SETORES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Setor Atendimento:** | E-mail:      | Telefone:( )      |
| **Setor Marcação de Consultas:** | E-mail:      | Telefone:( )           |
| **Setor Internação:** | E-mail:      | Telefone:( )           |
| **Setor Convênios:** | E-mail:      | Telefone:( )           |
| **Setor Faturamento:** | E-mail:      | Telefone:( )      |
| **Setor OPME:** | E-mail:      | Telefone:( )           |
| **Setor Assistência Social:** | E-mail:      | Telefone:( )      |
| **Setor Assessoria de Comunicação:** | E-mail:      | Telefone:( )      |
| **Setor Administração:** | E-mail:      | Telefone:( )      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CORPO CLÍNICO** | **P (Próprio) ou****T (Terceirizado)** | **Quantidade** |
| Médicos contratados pelo Hospital (vínculo empregatício)      |       |       |
| Médicos contratados pelo Hospital (sem vínculo empregatício) |  |  |
| Enfermeiros      |       |       |
| Técnicos de Enfermagem      |       |       |
| Auxiliares de Enfermagem      |       |       |
| Farmacêuticos |  |  |
| Assistentes Sociais      |       |       |
| Fisioterapeutas      |       |       |
| Fonoaudiólogos      |       |       |
| Nutricionistas      |       |       |
| Psicólogos       |       |       |
| Terapeutas Ocupacionais      |       |       |
| Técnicos em Radiologia      |       |       |
| Técnicos de Laboratório      |       |       |
| Total de Funcionários Administrativos      |       |       |
| Outros. Especificar      |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DISPONÍVEIS (Resolução CFM nº 2221/2018)** | **Assinalar com x** |
| Acupuntura |[ ]
| Alergia e Imunologia |[ ]
| Anestesiologia |[ ]
| Angiologia |[ ]
| Cardiologia |[ ]
| Cirurgia Cardiovascular |[ ]
| Cirurgia da Mão |[ ]
| Cirurgia de Cabeça e Pescoço |[ ]
| Cirurgia do Aparelho Digestivo |[ ]
| Cirurgia Geral |[ ]
| Cirurgia Oncológica |[ ]
| Cirurgia Pediátrica |[ ]
| Cirurgia Plástica |[ ]
| Cirurgia Torácica |[ ]
| Cirurgia Vascular |[ ]
| Clínica Médica |[ ]
| Coloproctologia |[ ]
| Dermatologia |[ ]
| Endocrinologia e Metabologia |[ ]
| Endoscopia |[ ]
| Gastroenterologia |[ ]
| Genética Médica |[ ]
| Geriatria |[ ]
| Ginecologia e Obstetrícia |[ ]
| Hematologia e Hemoterapia |[ ]
| Homeopatia |[ ]
| Infectologia |[ ]
| Mastologia |[ ]
| Medicina de Emergência |[ ]
| Medicina de Família e Comunidade |[ ]
| Medicina do Trabalho |[ ]
| Medicina de Tráfego |[ ]
| Medicina Esportiva |[ ]
| Medicina Física e Reabilitação |[ ]
| Medicina Intensiva |[ ]
| Medicina Legal e Perícia Médica |[ ]
| Medicina Nuclear |[ ]
| Medicina Preventiva e Social |[ ]
| Nefrologia |[ ]
| Neurocirurgia |[ ]
| Neurologia |[ ]
| Nutrologia |[ ]
| Oftalmologia |[ ]
| Oncologia Clínica |[ ]
| Ortopedia e Traumatologia |[ ]
| Otorrinolaringologia |[ ]
| Patologia |[ ]
| Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial |[ ]
| Pediatria |[ ]
| Pneumologia |[ ]
| Psiquiatria |[ ]
| Radiologia e Diagnóstico por Imagem |[ ]
| Radioterapia |[ ]
| Reumatologia |[ ]
| Urologia |[ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO E SERVIÇOS DISPONÍVEIS** (área de atuação baseada na Resolução **CFM nº 2221/2018**) | **Assinalar com x** |
| Administração em Saúde |[ ]
| Alergia e Imunologia Pediátrica |[ ]
| Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular |[ ]
| Atendimento ao Queimado |[ ]
| Cardiologia Pediátrica |[ ]
| Cirurgia Bariátrica |[ ]
| Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial |[ ]
| Cirurgia do Trauma |[ ]
| Cirurgia Videolaparoscópica |[ ]
| Citopatologia |[ ]
| Densitometria Óssea |[ ]
| Dor |[ ]
| Ecocardiografia |[ ]
| Ecografia Vascular com Doppler |[ ]
| Eletrofisiologia Clínica Invasiva |[ ]
| Emergência Pediátrica |[ ]
| Endocrinologia Pediátrica |[ ]
| Endoscopia Digestiva |[ ]
| Endoscopia Ginecológica |[ ]
| Endoscopia Respiratória |[ ]
| Ergometria |[ ]
| Estimulação Cardíaca Eletrônica Implantável |[ ]
| Foniatria |[ ]
| Gastroenterologia Pediátrica |[ ]
| Hansenologia |[ ]
| Hematologia e Hemoterapia Pediátrica |[ ]
| Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista |[ ]
| Hepatologia |[ ]
| Infectologia Hospitalar |[ ]
| Infectologia Pediátrica |[ ]
| Mamografia |[ ]
| Medicina de Urgência |[ ]
| Medicina do Adolescente |[ ]
| Medicina do Sono |[ ]
| Medicina Fetal |[ ]
| Medicina Intensiva Pediátrica |[ ]
| Medicina Paliativa |[ ]
| Medicina Tropical |[ ]
| Nefrologia Pediátrica |[ ]
| Neonatologia |[ ]
| Neurofisiologia Clínica |[ ]
| Neurologia Pediátrica |[ ]
| Neurorradiologia |[ ]
| Nutrição Parenteral e Enteral |[ ]
| Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica |[ ]
| Nutrologia Pediátrica |[ ]
| Oncologia Pediátrica |[ ]
| Pneumologia Pediátrica |[ ]
| Psicogeriatria |[ ]
| Psicoterapia |[ ]
| Psiquiatria da Infância e Adolescência |[ ]
| Psiquiatria Forense |[ ]
| Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia |[ ]
| Reprodução Assistida |[ ]
| Sexologia |[ ]
| Toxicologia Médica |[ ]
| Transplante de Medula Óssea |[ ]
| Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia |[ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **RELAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES - ACOMODAÇÃO** | **Nº de Leitos** |
| **Total existente** | **Disponível p/ convênio** |
| Apartamento Standart |       |       |
| Berçário Normal |       |       |
| Enfermaria (2 leitos) |       |       |
| Enfermaria (3 leitos) |  |  |
| Hospital Dia |       |       |
| Isolamento |       |       |
| Quarto Coletivo (02 Leitos) e Banheiro Privativo |       |       |
| Unidade de Tratamento Coronariano |       |       |
| UTI Adulto |       |       |
| UTI Neonatal (Berçário p/ RN de alto risco) |       |       |
| UTI Pediátrica |       |       |
| UTSI - Unidade de Terapia Semi-Intensiva |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **RELAÇÃO DOS SERV. HOSPITALARES - SALAS NO CENTRO CIRÚRGICO** | **Nº de Leitos** |
| **Total existente** | **Disponível p/ convênio** |
| Sala de Porte 0 (Cirurgia Pequena) |       |       |
| Sala de Porte 1 (Cirurgia Pequena) |       |       |
| Sala de Porte 2 (Cirurgia Média) |       |       |
| Sala de Porte 3 (Cirurgia Média) |       |       |
| Sala de Porte 4 (Cirurgia Grande) |       |       |
| Sala de Porte 5 (Cirurgia Grande) |       |       |
| Sala de Porte 6 (Cirurgia Especial) |       |       |
| Sala de Porte 7 (Cirurgia Especial) |       |       |
| Sala de Recuperação Pós Anestesica |       |       |
| Total de Salas Cirúrgicas |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **RELAÇÃO DOS SERV. HOSPITALARES - SALAS FORA DO CENTRO CIRÚRGICO** | **Nº de Leitos** |
| **Total existente** |  **Disponível p/ convênio** |
| Sala Ambulatorial / Tratamento |       |       |
| Sala de Endoscopia |       |       |
| Sala de Gesso |       |       |
| Sala de Hemodiálise |       |       |
| Sala de Hemodinâmica |       |       |
| Sala de Litotripsia |       |       |
| Sala de Observação em Pronto Socorro |       |       |
| Sala de Quimioterapia |       |       |
| Sala de Radiologia (Exames Invasivos) |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISPÕE DE TRANSPORTE DE AMBULÂNCIAS - (próprias ou terceirizadas)** | **Sim** | **Não** |
| Ambulância Comum |[ ] [ ]
| Ambulância UTI |[ ] [ ]
| Acompanhamento com Enfermagem |[ ] [ ]
| Acompanhamento com Médico |[ ] [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EQUIPAMENTOS - Equipamentos de Diagnóstico por Imagem** | **Quant. Existente** | **Disponível p/ convênio** |
|  |  | **Sim** | **Não** |
| Gama Câmara |       |[ ] [ ]
| Mamógrafo com Comando Simples |       |[ ] [ ]
| Mamógrafo com Estereotaxia |       |[ ] [ ]
| Raio X até 100 mA |       |[ ] [ ]
| Raio X de 100 a 500 mA |       |[ ] [ ]
| Raio X Dentário |       |[ ] [ ]
| Raio X com Fluoroscopia |       |[ ] [ ]
| Raio X para Densitometria Óssea |       |[ ] [ ]
| Raio X para Hemodinâmica |       |[ ] [ ]
| Tomógrafo Computadorizado |       |[ ] [ ]
| Ressonância Magnética ( ) campo fechado ( ) campo aberto |       |[ ] [ ]
| Ultrassom Doppler Colorido |       |[ ] [ ]
| Ultrassom Ecógrafo |       |[ ] [ ]
| Radiologia intervencionista |       |[ ] [ ]
| Pet-CT |       |[ ] [ ]
| Radioterapia |       |[ ] [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EQUIPAMENTOS - Equipamentos de Infraestrutura** | **Quant. Existente** | **Disponível p/ convênio** |
|  |  | **Sim** | **Não** |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central |       |[ ] [ ]
| Grupo Gerador |       |[ ] [ ]
| Usina de Oxigênio |       |[ ] [ ]
| **EQUIPAMENTOS - Equipamentos por Métodos Ópticos** | **Quant. Existente** | **Disponível p/ convênio** |
|  |  | **Sim** | **Não** |
| Endoscópio das Vias Respiratórias |       |[ ] [ ]
| Endoscópio das Vias Urinárias |       |[ ] [ ]
| Endoscópio Digestivo |       |[ ] [ ]
| Equipamentos para Optometria |       |[ ] [ ]
| Laparoscópico/Vídeo |       |[ ] [ ]
| Microscópio Cirúrgico |       |[ ] [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EQUIPAMENTOS - Equipamentos por Métodos Gráficos** | **Quant. Existente** | **Disponível p/ convênio** |
|  |  | **Sim** | **Não** |
| Eletrocardiógrafo |       |[ ] [ ]
| Eletroencefalógrafo |       |[ ] [ ]
| Eletroneuromiógrafo |       |[ ] [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EQUIPAMENTOS - Equipamentos Diversos** | **Quant. Existente** | **Disponível p/ convênio** |
|  |  | **Sim** | **Não** |
| Bomba/Balão Intraórtico |       |[ ] [ ]
| Bomba de Infusão |       |[ ] [ ]
| Berço Aquecido |       |[ ] [ ]
| Birrubinômetro |       |[ ] [ ]
| Debitômetro |       |[ ] [ ]
| Desfibrilador |       |[ ] [ ]
| Equipamento de Fototerapia |       |[ ] [ ]
| Incubadora |       |[ ] [ ]
| Marcapasso Temporário |       |[ ] [ ]
| Monitor de ECG |       |[ ] [ ]
| Monitor de Pressão Arterial |       |[ ] [ ]
| Monitor de Pressão Arterial não-invasivo |       |[ ] [ ]
| Reanimador Pulmonar/Ambu |       |[ ] [ ]
| Respirador/Ventilador |       |[ ] [ ]
| Capinógrafo |       |[ ] [ ]
| Oxímetro |       |[ ] [ ]
| Bomba de infusão de Hemoderivados |       |[ ] [ ]
| Equipamentos de Aférese |       |[ ] [ ]
| Equipamentos para Audiometria |       |[ ] [ ]
| Equipamento de Circulação Extracorpórea |       |[ ] [ ]
| Equipamento para Hemodiálise |       |[ ] [ ]
| Equipamento de Reabilitação |       |[ ] [ ]

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

**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
* RELAÇÃO COMPLETA DOS SERVIÇOS REALIZADOS PELA ENTIDADE

#### **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
* COMPROVAÇÃO DE 2 (DOIS) ANOS NA ESPECIALIDADE REQUERIDA APÓS A OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA OU DO TÉRMINO DA RESIDÊNCIA MÉDICA
* CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL EMITIDA PELO CRM-MG
* CURRICULUM VITAE