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