SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

**DADOS DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razão Social: | | Cód. Credenciado (Preenchido pelo Agros): |
| Nome Fantasia: | | |
| Número de Inscrição CNPJ: | Número do CRF da Pessoa Jurídica: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço de Atendimento (Rua, Avenida, Alameda, etc.):** | | | | | | | | | | Número: | | | Complemento: | |
| Bairro: | | | | CEP: | | | | Cidade: | | | | | | UF: |
| Telefone 1:  ( ) | | | Telefone 2:  ( ) | | | | | | Fax: | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | 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: | 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 DO SÓCIO ADMINISTRADOR**

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

**DADOS BANCÁRIOS**

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

**CORPO CLÍNICO ESPECIALIDADE(S) REQUERIDA(S)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional | Especialidade(s) / Subespecialidade | CPF: | Nº no CRM-MG |
| Dias/Horários de Atendimento disponíveis para o Agros: | | | |

**PROCEDIMENTOS/EXAMES REALIZADOS NO ESTABELECIMENTO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código TUSS** | **Descrição** | **Código TUSS** | **Descrição** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# CORPO CLÍNICO ESTÁ VINCULADO AO(S) HOSPITAL(AIS)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data da Solicitação:  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura do profissional solicitante: |

**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 CONTRATUAL REGISTRADOS NA JUNTA COMERCIAL
* COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA - CNPJ
* CERTIFICADO ATUALIZADO DE INSCRIÇÃO JUNTO AO CRF-MG
* COMPROVANTE DE PAGAMENTO DO IMPOSTO SOBRE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (ISSQN)
* 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

#### **EM NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E DO CORPO CLÍNICO:**

* 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