SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

ENFERMAGEM / FISIOTERAPIA / FONOAUDIOLOGIA / NUTRIÇÃO / PSICOLOGIA / TERAPIA OCUPACIONAL

**ÁREA (S) REQUERIDA (S)**

|  |
| --- |
| **( ) ENFERMAGEM ( ) FISIOTERAPIA ( ) FONOAUDIOLOGIA ( ) NUTRIÇÃO ( x ) PSICOLOGIA ( ) TERAPIA OCUPACIONAL**  |

**DADOS DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social: | Nº do Edital (Preenchido pelo Agros) |
| Nome Fantasia: |
| Número de Inscrição CNPJ: | Número no Conselho da Classe da Pessoa Jurídica: |

**ENDEREÇO (SERÁ UTILIZADO PARA DIVULGAÇÃO NO SITE E NO CATÁLOGO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(Rua, Avenida, Alameda, etc.):** | Número: | Complemento: |
| Bairro: | CEP: | Cidade: | UF: |
| Site: |
| N° do **CNES** Definitivo (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde): | N° de Inscrição Municipal: | Modalidade de Recolhimento **ISS**:( ) **Mensal**  ( ) **Anual**  ( ) **Isento**   |
| **DIAS/HORÁRIOS DE ATENDIMENTO DISPONÍVEIS PARA O AGROS:** |
|  |  |  |
| **Endereço para Correspondências (Rua, Avenida, Alameda, etc.):** | Número | Complemento |
| Bairro: | CEP: | Cidade: | UF: |

**Contatos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geral da Clínica ou estabelecimento | E-mail: | Tel.:Celular: |
| Responsável técnico  | E-mail: | Tel.: Celular: |
| Comercial | E-mail: | Tel.: Celular: |
| Solicitação de Notal Fiscal | E-mail | Tel.:Celular: |
| Responsável Autorização | E-mail: | Tel.:Celular: |
| Responsável Faturamento | E-mail: | Tel.:Celular: |

**DADOS DO SÓCIO ADMINISTRADOR 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Sócio Administrador: | Profissão: |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: | Estado Civil: |
| CPF: | RG: | Nº de Registro no Conselho da Classe: |

**DADOS DO SÓCIO ADMINISTRADOR 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Sócio Administrador: | Profissão: |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: | Estado Civil: |
| CPF: | RG: | Nº de Registro no Conselho da Classe: |

**DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico: | Profissão: |
| Data de Nascimento: | Nacionalidade: | Estado Civil: |
| CPF: | RG: | Nº de Registro no Conselho da Classe: |

**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional 1 | Área Requerida  | CPF: | Nº de Registro no Conselho da Classe: |
| **DIAS/HORÁRIOS DE ATENDIMENTO DISPONÍVEIS PARA O AGROS:** |
| PERTENCE AO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL (Informe o nome do Hospital) |
| FAIXA ETÁRIA QUE ATENDE |

**CORPO CLÍNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional 2 | Área Requerida  | CPF: | Nº de Registro no Conselho da Classe: |
| **DIAS/HORÁRIOS DE ATENDIMENTO DISPONÍVEIS PARA O AGROS:** |
| PERTENCE AO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL (Informe o nome do Hospital) |
| FAIXA ETÁRIA QUE ATENDE |

**CORPO CLÍNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional 3 | Área Requerida  | CPF: | Nº de Registro no Conselho da Classe: |
| **DIAS/HORÁRIOS DE ATENDIMENTO DISPONÍVEIS PARA O AGROS:** |
| PERTENCE AO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL (Informe o nome do Hospital) |
| FAIXA ETÁRIA QUE ATENDE |

**PROCEDIMENTOS/EXAMES REALIZADOS NO ESTABELECIMENTO**

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

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**QUALIFICAÇÕES - Marcar opção (com um “X”) nas perguntas abaixo e, caso positivo, anexar os documentos comprobatórios (certificados, etc.).**



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

**EM NOME PESSOA JURÍDICA**

1. CONTRATO SOCIAL E ÚLTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL REGISTRADOS NA JUNTA COMERCIAL
2. COMPROVANTES DAS QUALIFICAÇÕES MARCADAS NA FICHA CADASTRAL
3. COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA - CNPJ
4. CERTIFICADO ATUALIZADO DE INSCRIÇÃO JUNTO AO CONSELHO DA CLASSE
5. COMPROVANTE DE PAGAMENTO DO IMPOSTO SOBRE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (ISSQN)
6. ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO EXPEDIDO PELA PREFEITURA MUNICIPAL
7. ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
8. COMPROVANTE DE REGISTRO (DEFINITIVO) NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES
9. COMPROVANTE DOS DADOS BANCÁRIOS
10. COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA ANUIDADE DO CONSELHO DA CLASSE OU CERTIDÃO DE NADA CONSTA
11. 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

#### **ADMINISTRADOR (CONFORME CONTRATO SOCIAL)**

1. CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL EMITIDA PELO CONSELHO PROFISSIONAL

#### **RESPONSÁVEL TÉCNICO**

1. DIPLOMA DE GRADUAÇÃO
2. CERTIFICADO DE REGISTRO DA(S) ESPECIALIDADE(S) PELO CONSELHO PROFISSIONAL, SE HOUVER
3. COMPROVAÇÃO DE 2 (DOIS) ANOS DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA PRETENDIDA APÓS OBTENÇÃO DO DIPLOMA, ESPECIALIZAÇÃO OU TÍTULO DE ESPECIALISTA.
4. CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL EMITIDA PELO CONSELHO PROFISSIONAL
5. CURRICULUM VITAE

**CORPO CLÍNICO**

1. DIPLOMA DE GRADUAÇÃO
2. CERTIFICADO DE REGISTRO DA(S) ESPECIALIDADE(S) PELO CONSELHO PROFISSIONAL, SE HOUVER
3. COMPROVAÇÃO DE 2 (DOIS) ANOS DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA PRETENDIDA APÓS OBTENÇÃO DO DIPLOMA, ESPECIALIZAÇÃO OU TÍTULO DE ESPECIALISTA.
4. CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL EMITIDA PELO CONSELHO PROFISSIONAL
5. CURRICULUM VITAE

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da Solicitação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROFISSIONAL