SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

MÉDICO - PESSOA FÍSICA

**DADOS DO PROFISSIONAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | Nº do Edital (Preenchido pelo Agros) |
| Data de Nascimento: | CPF: | | RG: | CRM/MG: |
| Inscrição no INSS / NIT / PIS-PASEP: | | Nacionalidade: | | Estado Civil: |

**FORMAÇÃO ACADÊMICA 🞟 GRADUAÇÂO**

|  |
| --- |
| Nome da Instituição: |
| Data da Conclusão da Graduação: |

**DADOS DO ESTABELECIMENTO (SERÃO UTILIZADOS PARA DIVULGAÇÃO NO SITE E NO CATÁLOGO)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço de Atendimento (Rua, Avenida, Alameda, etc.):** | | | | | | | Número: | | Complemento: | | | |
| Bairro: | | | | | | CEP: | | Cidade: | | | | UF: |
| N° do CNES Definitivo (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde): | | | | | | | | N° de Inscrição Municipal: | | | | |
| **DIAS/HORÁRIOS DE ATENDIMENTO DISPONÍVEIS PARA O AGROS:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| **Endereço para Correspondências (Rua, Avenida, Alameda, etc.):** | | | | | | | Número: | | | Complemento: | | |
| Bairro: | | | | CEP: | | | Cidade: | | | | UF: | |
| **CONTATOS** | |  | | |
| Atendimento aos Beneficiários  OBS: Obrigatório informar número de telefone para contato por ligação- Exceto WhatsApp. | | | Tel.:  Celular:  WhatsApp: | | | | | | | | | |
| Prestador de Serviço | | | E-mail: | | | | | Tel.:  Celular: | | | | |
| Solicitação de RPA/Notal Fiscal | | | E-mail: | | | | | Tel.:  Celular: | | | | |
| Responsável Autorização | | | E-mail: | | | | | Tel.:  Celular: | | | | |
| Responsável Faturamento | | | E-mail: | | | | | Tel.:  Celular: | | | | |
|  | |

**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): | |

**ESPECIALIDADE(S) REQUERIDA(S):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Especialidade 1: | Especialidade 2: | |
| **PERTENCE AO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL (Informe o nome do Hospital)** | |
| **FAIXA ETÁRIA QUE ATENDE** | |

**PROCEDIMENTOS/EXAMES REALIZADOS NO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cód. TUSS | Descrição: | Cód. TUSS | Descrição: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA**

|  |
| --- |
| Considerando que o Agros é também um Instituto de Previdência Complementar e que a Instrução n° 18 de 24.12.2014, da Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc), art. 2°, inciso III define Pessoa Politicamente exposta, como:  ***“III – pessoa politicamente exposta: o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.”***  Declaro, de acordo com a Instrução n° 18 de 24.12.2014, minha condição em relação ao enquadramento como Pessoa Politicamente Exposta:  **SIM**, enquadro-me como pessoa politicamente exposta.  **NÃO** me enquadro como pessoa politicamente exposta. |

**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 CÓPIA DOS DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO**

1. DIPLOMA DE GRADUAÇÃO
2. COMPROVANTES DAS QUALIFICAÇÕES MARCADAS NA FICHA CADASTRAL
3. CERTIFICADO DE REGISTRO DA(S) ESPECIALIDADE(S) NO CRM-MG
4. CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DA ESPECIALIDADE (RESIDÊNCIA MÉDICA)
5. COMPROVAÇÃO DE 2 (DOIS) ANOS NA ESPECIALIDADE REQUERIDA APÓS A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA OU DO TÉRMINO DA RESIDÊNCIA MÉDICA
6. CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL (CRM-MG)
7. COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA ANUIDADE DO CRM ou CERTIDÃO DE NADA CONSTA
8. COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO JUNTO AO INSS COMO PROFISSIONAL AUTÔNOMO OU NO PIS-PASEP
9. CURRICULUM VITAE
10. COMPROVANTE DE PAGAMENTO DO IMPOSTO SOBRE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO – ISSQN
11. ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO EXPEDIDO PELA PREFEITURA MUNICIPAL VIGENTE
12. ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA VIGENTE
13. COMPROVANTE DE REGISTRO (DEFINITIVO) NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES
14. COMPROVANTE DE DADOS BANCÁRIOS

**Observação:**

* PARA O CREDENCIAMENTO NA MODALIDADE – PESSOA FÍSICA, TODA DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ CONSTAR EM NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE.

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

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

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

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

ASSINATURA DO PROFISSIONAL