SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO MÉDICO

PESSOA JURÍDICA

**DADOS DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social: | Nº do Edital (Preenchido pelo Agros) |
| Nome Fantasia: |
| Número de Inscrição CNPJ: | Número do CRM 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 CRM-MG: |

**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 1 | Especialidade(s) / Área de Atuação | CPF: | Nº no CRM-MG |
| PERTENCE AO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL (Informe o nome do Hospital) |
| **FAIXA ETÁRIA QUE ATENDE** |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional 2 | Especialidade(s) / Área de Atuação | CPF: | Nº no CRM-MG |
| **PERTENCE AO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL (Informe o nome do Hospital)** |
| **FAIXA ETÁRIA QUE ATENDE** |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional 3 | Especialidade(s) / Área de Atuação | CPF: | Nº no CRM-MG |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Q**UALIFICAÇÕES - 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 CRM-MG
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 CRM-MG 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 CRM-MG.

#### **RESPONSÁVEL TÉCNICO**

1. DIPLOMA DE GRADUAÇÃO
2. CERTIFICADO DE REGISTRO DA(S) ESPECIALIDADE(S) NO CRM-MG
3. CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DA ESPECIALIZAÇÃO E/OU DA CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA
4. COMPROVAÇÃO DE 2 (DOIS) ANOS NA ESPECIALIDADE REQUERIDA APÓS A OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA OU DO TÉRMINO DA RESIDÊNCIA MÉDICA
5. CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL EMITIDA PELO CRM-MG
6. CURRICULUM VITAE

**CORPO CLÍNICO**

1. DIPLOMA DE GRADUAÇÃO
2. CERTIFICADO DE REGISTRO DA(S) ESPECIALIDADE(S) NO CRM-MG
3. CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DA ESPECIALIZAÇÃO E/OU DA CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA
4. COMPROVAÇÃO DE 2 (DOIS) ANOS NA ESPECIALIDADE REQUERIDA APÓS A OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA OU DO TÉRMINO DA RESIDÊNCIA MÉDICA
5. CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL EMITIDA PELO CRM-MG
6. CURRICULUM VITAE

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

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

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

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

ASSINATURA DO PROFISSIONAL