SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO - PESSOA JURÍDICA

ODONTOLOGIA

**DADOS DO ESTABELECIMENTO**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Atendimento aos Beneficiários  OBS: Obrigatório informar número de telefone para contato por ligação- Exceto WhatsApp. | Telefone:  Celular:  WhatsApp: | | |
| Geral da Clínica ou Estabelecimento | E-mail: | Tel.:  Celular: | |
| Responsável técnico | E-mail: | | Tel.:  Celular: |
| Comercial | E-mail: | | Tel.:  Celular: |
| Solicitação de Nota 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 CRO-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 CRO-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 CRO-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 CRO-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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*Se o espaço for insuficiente para listar os procedimentos, apresentar relação anexa.**

|  |
| --- |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CONFLITO DE INTERESSE**

**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 CRO-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 CRO-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
12. ALVARÁ DO CONSELHO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CNEN) OU LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO E MEDIDA DE RADIAÇÃO DE FUGA (NO CASO DE CLÍNICA DE RADIOLOGIA)
13. FOTOS DAS INSTALAÇÕES DA CLÍNICA
14. RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS, INCLUINDO AUTOCLAVE, BEM COMO DE TODOS OS MÓVEIS CONTIDOS NA CLÍNICA.

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

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

#### **RESPONSÁVEL TÉCNICO**

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

**CORPO CLÍNICO**

1. DIPLOMA DE GRADUAÇÃO
2. CERTIFICADO DE REGISTRO DA(S) ESPECIALIDADE(S) NO CRO-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 DO CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO
5. CPF, RG e CARTEIRA PROFISSIONAL EMITIDA PELO CRO-MG
6. CURRICULUM VITAE

OBSERVAÇÃO:

* DEVE SER OBSERVADA A COERÊNCIA NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA, CONSIDERANDO A MODALIDADE DE ESCOLHA DO CANDIDATO (PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA).

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

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

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

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

ASSINATURA DO PROFISSIONAL