

**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:			
Nº do CNES Definitivo (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde):	Nº 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:

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

Agros – Instituto UFV de Seguridade Social
Av. Purdue, s/n Campus da UFV Viçosa-MG 36570-900
Fone: (31) 3899-6550

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)			

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

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.

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.).

<input type="checkbox"/>	Notificação de eventos adversos pelo Sistema de Notificação de Eventos Adversos (NOTIVISA) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Atributo: N)
<input type="checkbox"/>	Residência em saúde reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) na área de atuação do profissional. (Atributo: R)
<input type="checkbox"/>	Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentos e sessenta) horas na área da saúde reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, exceto para profissionais médicos. (Atributo: P)
<input type="checkbox"/>	Título de Especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou conselho profissional da categoria. (Atributo: E)
<input type="checkbox"/>	Doutorado ou Pós-doutorado em saúde reconhecido pelo MEC. (Atributo D)
<input type="checkbox"/>	Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO. (Atributo A)
<input type="checkbox"/>	Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde (PM-QUALISS), emitido pelas Entidades Colaboradoras. (Atributo Q)
<input type="checkbox"/>	Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade. (Atributo G)
<input type="checkbox"/>	Certificado ABNT NBR ISSO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados. (Atributo I)
<input type="checkbox"/>	Mestrado em saúde reconhecido pelo MEC. (Atributo M)
<input type="checkbox"/>	Não possui qualificação compatível com os padrões definidos no QUALISS da ANS.

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

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

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

Agros – Instituto UFV de Seguridade Social
Av. Purdue, s/n Campus da UFV Viçosa-MG 36570-900
Fone: (31) 3899-6550