



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO PLAN-ASSISTE

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

NOME:	
ESPECIALIDADE:	CRM/CRO/CFFa/CRP:
ENDEREÇO:	FONE:
DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO:	

DOCUMENTOS E DADOS COMPLEMENTARES

PESSOA JURÍDICA E PESSOA FÍSICA

1. Relação dos Serviços Prestados
2. Licença e Alvará de Funcionamento
3. Quitação com o CRM/CRO/CFFa/CRP
4. Dados Bancários
5. ODONTOLOGIA – Título de especialista no mínimo há 3 (três) anos
6. RADIOLOGIA – Título de Especialista
7. FISIOTERAPEUTA – Cópia do Diploma e Registro no Conselho

PESSOA JURÍDICA

8. Relação do Corpo Clínico
9. Contrato Social/Estatuto/Alteração
10. Inscrição no CNPJ
11. Cadastro de Pessoas Físicas – CPF e Registro Geral – RG (Representante Legal)
12. Certidão Negativa do FGTS
13. Certidão Negativa do INSS
14. Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União
15. Relação dos Profissionais Especialistas com Respective Certificados e Registro no Conselho

PESSOA FÍSICA

16. Cadastro de Pessoas Físicas – CPF e Registro Geral – RG
17. Inscrição no INSS/PIS-PASEP
18. Inscrição no Imposto sobre Serviços – ISS, se for o caso
19. Comprovante de residência ou estabelecimento comercial

RESPONSÁVEL TÉCNICO

20. Curriculum Vitae
21. Cópia da Carteira de Identidade
22. Inscrição no CPF
23. Cópia do Registro no CRM/CRO/CFFa/CRP

Com os Documentos e Dados Complementares em anexo, venho requerer o Credenciamento para a prestação de serviços na área Médico-Hospitalar, Odontológica e Paramédica no Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União – PLAN-ASSISTE, declarando conhecer e acatar as normas e instruções.

DATA

____/____/____

ASSINATURA
