



REQUERIMENTO PARA INCLUSÃO DE CORPO CLÍNICO

A empresa _____ inscrita
no CNPJ _____ Nome fantasia
_____, com sede na cidade de
_____, localizada na Rua _____
nº _____ Bairro _____ CEP _____
doravante denominada simplesmente CREDENCIADA do PAS/UFMS, neste ato representado por
_____ inscrito e registrado no CPF
_____ solicita a inclusão do médico abaixo no corpo clínico da referida
empresa para atendimentos aos beneficiários PAS/UFMS.

Nome do profissional:
Conselho/Número:
Telefone(s) Celular do profissional:
Especialidade que pretende realizar atendimento: Área de atuação:
Dia/Horário que atenderá na clínica/ambulatório do hospital:
Faixa etária que atenderá na clínica/ambulatório do hospital:
*Tipo (s) de atendimento (s) que pretende realizar dentro da clínica: () consultas () exames () cirurgias () outros <i>(Anexar relação dos exames/procedimentos que executará: informar a descrição e código TUSS na tabela abaixo).</i>



Caso o espaço disponível abaixo não comporte todos os procedimentos que o profissional deseja realizar, por gentileza anexar o restante junto a este formulário.

	Código TUSS	Descrição TUSS
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

(Anexar Documentação: Cópia dos Documentos Pessoais (Carteira Profissional, RG, CPF ou CNH), Cópia do Diploma e Título de Especialista, reconhecidos pelo CRM/MS, Certificado de Infração Ética (original) emitido pelo CRM/MS), Comprovante de Registro da Especialidade no CRM/MS ou Órgão Fiscalizador)

_____ MS, _____ de 20 _____.

Carimbo e Assinatura do Responsável

OBS.: Enviar os documentos no email credenciamento.pas@ufms.br para as devidas tratativas