

Sócio nº _____

Categ. Assoc.: _____

DADOS CADASTRAIS

Razão Social: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____ - Cidade: _____ UF: _____

Telefone: () _____ / _____ Fax: () _____

C.N.P.J.: _____ Nº de Funcionários: _____ Empresa fundada em: _____

Site: _____ E-mail: _____

DIRETORIA / ADMINISTRAÇÃO

Diretor Presidente/Provedor: _____

Diretor Clínico: _____

Diretor Administrativo: _____

Diretor Financeiro: _____

Diretor De RH / Gerente de RH: _____

Administrador: _____

CARACTERÍSTICA DO ESTABELECIMENTO

Hospital Geral Clínica --> Especialidade: _____
 Maternidade - _____;
 Psiquiátrico - _____;
 Crônico - _____;

Laboratório: _____
 Análises Clínicas _____
 Patologia Clínica _____
 Patologia _____
 Citopatologia _____
 Banco de Sangue _____

Outros: _____

Capital Social: Centralizado Matriz Sim Não

Folha de Pgto.: Centralizado Matriz Sim Não

NATUREZA DO ESTABELECIMENTO

Privado Lucrativo Universitário Privado
 Privado Filantrópico Universitário Estadual
 Público Estadual Universitário Municipal
 Público Municipal

RECURSOS DISPONÍVEIS

Nº total de leitos: _____ Apto.: _____
Enfermaria: _____ Suíte: _____
 Pronto Socorro: Geral
 De Especialidades: _____

Nº DE LEITOS POR CLÍNICA

Médica: _____ Pediátrica: _____
Cirúrgica: _____ Ortopédica: _____
Obstétrica: _____ Pediátrica: _____
Outras: _____

Nº DE LEITOS POR CLÍNICA

Queimados: _____ UTI Neonatal: _____
AIDS: _____ Outras: _____
UTI: _____

CONVÊNIO/CONTRATO

Medicina de Grupo: _____

Seguro Saúde: _____

Cooperativa: _____

Auto-Gestão: _____

S.U.S.

SIA SIH OPM - JURISDIÇÃO DA DIR-Nº _____ / _____ Núcleo _____

Leitos Contratados/Conveniados:

Médica: _____ Pediátrica: _____
 Cirúrgica: _____ F.T.P.: _____
 Obstétrica: _____ Reabilitação: _____
 Pediátrica: _____ UTI: _____
 Ortopédica: _____ Outras: _____

Leitos Particulares/Convênios:

Médica: _____ F.P.T.: _____
 Cirúrgica: _____ Reabilitação: _____
 Obstétrica: _____ UTI: _____
 Pediátrica: _____ Apto.: _____
 Ortopédica: _____ Outras: _____
 Pediátrica: _____

COTA DE AIH Nº: _____

FILIAIS

C.N.P.J.: _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: () _____ / _____ Fax: () _____
 Nº de Funcionários: _____ E-Mail: _____

C.N.P.J.: _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: () _____ / _____ Fax: () _____
 Nº de Funcionários: _____ E-Mail: _____

C.N.P.J.: _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: () _____ / _____ Fax: () _____
 Nº de Funcionários: _____ E-Mail: _____

ENVIO DE CORRESPONDÊNCIAS

- Escritório de Contabilidade
 Enviar todas para Matriz
 Enviar para cada CNPJ
 Enviar só para o CNPJ Nº _____

A/C de: _____

Depto: _____

ENVIO DE COBRANÇA

- Escritório de Contabilidade
 Enviar todas para Matriz
 Enviar para cada CNPJ
 Enviar só para o CNPJ Nº _____

A/C de: _____

Depto: _____

ESCRITÓRIO CONTÁBIL

Razão Social: _____ CNPJ/CEI/CPF Nº _____

Endereço : _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel.: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____ Site: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Responsável pela Empresa

A CARGO DO SIND RIBEIRÃO

Proposta Aprovada em Reunião da Diretoria de: _____ / _____ / _____

Visto: _____