

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 PRUDENTE**

Proposta Aprovada em Reunião da Diretoria de: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Visto: \_\_\_\_\_