

FICHA CADASTRAL - SINDHOSFIL

CÓDIGO:

DADOS CADASTRAIS

Inscrição CNES:	CNPJ:	
Razão Social:		
Nome Fantasia:		
Nome Conhecido:		
Telefone: ()	Fax: ()	Ramal:
Página da Internet:	E-Mail:	
DRS:	Regional SINDHOSFIL:	

CNAS

Portador CNAS ()	Validade Início:	Validade Final:
----------------------	------------------	-----------------

Tipo de Hospital

Geral ()	Psiquiátrico ()	Especializado ()	Outro:
Classificação Hospitalar:		Interligação: Sim ()	Não ()
Plano de Saúde Próprio: ()	Nome do Plano:	Nº de Usuários:	

Utilidade Pública

Federal:	Nº do Decreto:	Data de Emissão:
Estadual:	Nº do Decreto:	Data de Emissão:
Municipal:	Nº do Decreto:	Data de Emissão:

Outras Atividades

Escolas ()	Asilos ()	Creches ()	Outras:
Cota de AIH:	Total AIH:	Teto Ambulatorial:	

Tipo de Gestão

1 - Plena do Sistema Municipal ()
2 - Plena da Atenção Básica ()
3 - Gestão Estadual ()
4 - Plena da Atenção Básica Ampliada ()

Natureza

--

DADOS SINDHOSFIL

Filiado ()	Data de Filiação:	Nº de Leitos:
-------------	-------------------	---------------

Endereço do Hospital:

Cidade:		Estado:
Bairro:		CEP:

Endereço para Cobrança:

Cidade:		Estado:
Bairro:		CEP:

Endereço para Correspondência:

Cidade:		Estado:
Bairro:		CEP:

Aos Cuidados de Quem?

Nome:	Cargo:

Autoriza a divulgação dos dados Cadastrais? (Endereço, Telefone, Fax, E-mail e Website) **Sim** () **Não** ()

DADOS DA DIRETORIA DA ENTIDADE

Nome do Responsável pela Entidade	Cargo	Data de Nascimento
Vice:		
1º Secretário:		
1º Tesoureiro:		
Administrador(a):		
Diretor(a) Clínico:		
Outro:		

Data da Fundação da Entidade

Duração do Mandato da Diretoria

Próxima Eleição da Diretoria

--	--	--

Leitos por Especialidade

Cirúrgicos

Descrição do Leito	Existentes	Leitos SUS	Não SUS

Clínicos

Descrição do Leito	Existentes	Leitos SUS	Não SUS

Complementar

Descrição do Leito	Existentes	Leitos SUS	Não SUS

Observações:

Nº de Funcionários:

Outros Colaboradores:

Nº. de Enfermeiros Padrões:

Nº. de Farmacêuticos:

Nº. de Fisioterapeutas:

Nº. de Médicos:

Nº. de Nutricionistas:

Nº. de Psicólogos:

Nº. de Técnicos e Auxiliares em Radiologia:

Nº. de Técnicos de Segurança do Trabalho:

Responsável pelo preenchimento:

Assinatura:

Data: