

FICHA CADASTRAL – SINDHOSFIL/SP

CÓDIGO:

DADOS CADASTRAIS

Inscrição CNES:	CNPJ:	
Razão Social:		
Nome Conhecido:		
Telefone1: ()	Telefone2: ()	Celular3: ()
Página da Internet/site	E-Mail:	

CEBAS (CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICIENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL DE SAUDE)

Portador DECEBAS ()	Validade Início:	Validade Final:
Número do Protocolo:		

Tipo de Hospital

Geral ()	Psiquiátrico ()	Especializado ()	Outro:
-----------	------------------	-------------------	--------

Natureza

Filantrópico ()	Organização Social de Saúde ()
------------------	---------------------------------

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 seguintes dados no nosso mailing? (Endereço, Telefone, E-mail e Website) **Sim** () **Não** ()

DADOS DO RESPONSÁVEL PARA ACESSO AO SITE DO SINDHOSFIL

Nome:	
Departamento:	
E-mail:	
Telefone Comercial:	
Telefone Celular:	

DADOS DA DIRETORIA DA ENTIDADE

Nome do Responsável pela Entidade	Cargo
Vice:	
1º Secretário:	
1º Tesoureiro:	
Administrador (a):	
Diretor (a) Clínico:	
Depto. Jurídico	
Outro:	

Data da Fundação da Entidade

Duração do Mandato da Diretoria

Próxima Eleição Diretoria

--	--	--

NUMERO DE FUNCIONÁRIOS:

Outros Colaboradores:	Nº. de Enfermeiros:
	Nº. de Farmacêuticos:
	Nº. de Fisioterapeutas:
	Nº. de Médicos:
	Nº. de Nutricionistas:
	Nº. de Técnicos em Nutrição:
	Nº. de Profissionais em Educação Física:
	Nº. de Odontologistas:
	Nº. de Biomédicos:
	Nº. de Psicólogos:
	Nº. de Técnicos e Auxiliares em Radiologia:
	Nº. de Técnicos de Segurança do Trabalho:

SETOR	FONE	E-MAIL
Administração		
Administração de Recursos Humanos		
Juridico		
Financeiro		
Contabilidade		
SESMT		
outro		

Responsável pelo preenchimento:		
E-mail:		
Telefone:	Celular:	
Assinatura:		Data: