

## 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:
-------	--------

Nome:	Cargo:
-------	--------

Com advento da **Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018 (LGPD)** em nosso cadastro associativo, o SINDHOSFIL não autoriza a liberação de qualquer item de cadastro sem expressa autorização.

**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:**

<b>Outros Colaboradores:</b>	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		

<b>Responsável pelo preenchimento:</b>		
E-mail:		
Telefone:	Celular:	
Assinatura:		Data: