

ANEXO I - FICHA CADASTRAL PESSOA JURÍDICA**I - QUALIFICAÇÃO JURÍDICA**

1 - IDENTIFICAÇÃO			
Razão Social:			
Nome para divulgação/Fantasia:			CNPJ:
CRM:	UF:	Data da Expedição:	CNES:
ISS/CCM (Inscrição Municipal):			Inscrição Estadual:

Endereço de Atendimento1:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone 1:	Telefone 2:	Fax:	
Horário de Atendimento:	Dias da Semana: <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo		

Endereço de Atendimento2:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone 1:	Telefone 2:	Fax:	
Horário de Atendimento:	Dias da Semana: <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo		

Endereço Eletrônico (e-mail):			
Site:			
Banco:	Nome do Banco:	Agência:	Conta Corrente:

2 - SÓCIOS		
CARGO	NOME	CPF
RESPONSÁVEL(S) PELA ASSINATURA DO CONTRATO		

II - RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergologia | <input type="checkbox"/> Ginecologia/Obstetrícia | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Hematologia | <input type="checkbox"/> Ortopedia/Traumatologia |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Hepatologia | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediátrica | <input type="checkbox"/> Homeopatia | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral | <input type="checkbox"/> Mastologia | <input type="checkbox"/> Pneumologia |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Proctologia |
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica | <input type="checkbox"/> Neurocirurgia | <input type="checkbox"/> Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia | <input type="checkbox"/> Neurologia Pediátrica | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Fisiatria | <input type="checkbox"/> Nutrologia | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |

Outros: _____

III - RELAÇÃO DOS SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA DISPONÍVEIS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Análises Cínicas | <input type="checkbox"/> Ecodoppler | <input type="checkbox"/> Prova de Função Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patológica | <input type="checkbox"/> Eletrocardiografia | <input type="checkbox"/> Radiologia |
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Eletroencefalografia | <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética |
| <input type="checkbox"/> Broncoscopia | <input type="checkbox"/> Eletromiografia | <input type="checkbox"/> Teste Ergométrico |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Endoscopia Digestiva | <input type="checkbox"/> Tomografia Comp. |
| <input type="checkbox"/> Colposcopia | <input type="checkbox"/> Mamografia | <input type="checkbox"/> Ultrassonografia |
| <input type="checkbox"/> Densitometria Óssea | <input type="checkbox"/> MAPA | |
| <input type="checkbox"/> Doppler | <input type="checkbox"/> Medicina Física e | |
| <input type="checkbox"/> Doppler Colorido | Reabilitação | |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia | | |

Outros: _____

IV - CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA UM BOM CONHECIMENTO DA CLÍNICA

V – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ATUALIZAÇÃO OU ASSINATURA DE CONTRATO

1. Cópia do Contrato Social e última alteração;
2. dos responsáveis constantes no contrato cópia do CPF e RG;
3. cópia do Alvará da Vigilância Sanitária atualizado;
4. cópia do Alvará de funcionamento;
5. cópia CNPJ;
6. comprovante da conta bancária;
7. relação do Corpo clínico contendo: nome, CRM, CPF e especialidade;
8. currículo resumido, diploma, certificado de residência médica e título de especialista e inscrição no Conselho da categoria profissional do Responsável Técnico.

VI – RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

NOME:	DATA:
ASSINATURA:	

ATENÇÃO!

Solicitamos o preenchimento completo dos campos acima, estas informações serão utilizadas para inclusão do prestador no sistema, manutenção e confecção de nossos livros, a fim que nossos usuários possam ter conhecimento de todos os serviços oferecidos pela clínica.