

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

| <b>1 - IDENTIFICAÇÃO</b>       |  |          |                 |
|--------------------------------|--|----------|-----------------|
| Razão Social:                  |  |          |                 |
| Nome para divulgação/Fantasia: |  |          | CNPJ:           |
| ISS/CCM (Inscrição Municipal): | Inscrição Estadual:  | CNES:    |                 |
| Endereço de Atendimento:       |  |          |                 |
| Bairro:                        | Cidade:  | UF:      | CEP:            |
| Telefone 1:                    | Telefone 2:  | Fax:     |                 |
| Horário de Atendimento:        | Dias da Semana:<br><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: |

| <b>2 - DIRETORIA DO HOSPITAL</b>                  |      |     |
|---|------|-----|
| CARGO   | NOME | CPF |
|   |      |     |
|   |      |     |
|   |      |     |
|   |      |     |
|   |      |     |
|   |      |     |
| <b>RESPONSÁVEL(S) PELA ASSINATURA DO CONTRATO</b> |      |     |
|   |      |     |
|   |      |     |

**II - RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO**

| <b>ESPECIALIDADES</b>          | <b>AMBULATORIAL<br/>ELETIVO<br/>Atendimento agendado</b> | <b>INTERNAÇÃO</b> | <b>PRONTO SOCORRO</b> |
|--------------------------------|--|-------------------|-----------------------|
| ALERGOLOGIA                    | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ANDROLOGIA                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ANESTESIOLOGIA                 | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ANGIOLOGIA                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CANCEROLOGIA                   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CARDIOLOGIA                    | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA         | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA BUCO MAXILO FAXIAL    | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA CARDIOVASCULAR        | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA GERAL                 | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA PEDIÁTRICA            | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA PLÁSTICA              | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA TORÁCICA              | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CIRURGIA VASCULAR              | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| CLÍNICA MÉDICA                 | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| COLOPROCTOLOGIA                | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| DERMATOLOGIA                   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ENDOCRINOLOGIA                 | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| GASTROENTEROLOGIA              | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| GERIATRIA                      | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA      | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA      | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| HOMEOPATIA                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| IMUNOLOGIA                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| INFECTOLOGIA                   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| MASTOLOGIA                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| MEDICINA NUCLEAR               | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| NEFROLOGIA                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| NEUROCIRURGIA                  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| NEUROLOGIA                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| NUTROLOGIA                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |

| <b>ESPECIALIDADES</b>   | <b>AMBULATORIAL ELETIVO<br/>Atendimento agendado</b> | <b>INTERNAÇÃO</b> | <b>PRONTO SOCORRO</b> |
|---|--|-------------------|-----------------------|
| OFTALMOLOGIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| OTORRINOLARINGOLOGIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| PEDIATRIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| PNEUMOLOGIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| PROCTOLOGIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| PSIQUIATRIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| REUMATOLOGIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| UROLOGIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| <b>INSERIR ABAIXO AS ESPECIALIDADES NÃO INFORMADAS ACIMA:</b> |  |                   |                       |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |

### III - RELAÇÃO DOS SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA DISPONÍVEIS

| <b>DESCRIÇÃO</b>                    | <b>AMBULATORIAL ELETIVO<br/>Atendimento agendado</b> | <b>INTERNAÇÃO</b> | <b>PRONTO SOCORRO</b> |
|-------------------------------------|--|-------------------|-----------------------|
| ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ANGIOGRAFIA                         | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ARTROSCOPIA                         | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| AUDIOMETRIA                         | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| COLONOSCOPIA                        | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| DOPLER COLORIDO                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |

| <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>AMBULATORIAL<br/>ELETIVO<br/>Atendimento agendado</b> | <b>INTERNAÇÃO</b> | <b>PRONTO SOCORRO</b> |
|---|--|-------------------|-----------------------|
| DENSITOMETRIA ÓSSEA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ECOCARDIOGRAFIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ECODOPLER   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ELETROMIOGRAFIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ELETOENCEFALOGRAFIA E NEUROFISIOLOGIA                         | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ELETROCARDIOGRAFIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ENDOSCOPIA PERORAL  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ERGOMETRIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| HEMODIÁLISE   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| HEMODYNÂMICA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| HEMOTERAPIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| HISTEROSCOPIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| LAPAROSCOPIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| MAMOGRAFIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA                                     | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| MEDICINA NUCLEAR  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| MAPA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| PATOLOGIA CLÍNICA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| QUIMIOTERAPIA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA                                   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| RADIOLOGIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| RADIOTERAPIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA                                    | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| ULTRA-SONOGRAFIA  | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
| <b>INSERIR ABAIXO AS ESPECIALIDADES NÃO INFORMADAS ACIMA:</b> |  |                   |                       |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |
|   | ( )SIM ( )NÃO  | ( )SIM ( )NÃO     | ( )SIM ( )NÃO         |

**IV – RELAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES**

| <b>1 – ACOMODAÇÃO</b>   |                     |
|---|---------------------|
| <b>DESCREVA A QUANTIDADE DE LEITOS DISPONÍVEIS POR TIPO DE ACOMODAÇÃO</b> |                     |
| <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>Nº DE LEITOS</b> |
| APARTAMENTO STANDART  |                     |
| BERÇARIO NORMAL   |                     |
| BERÇÁRIO PATOLÓGICO   |                     |
| ENFERMARIA  |                     |
| HOSPITAL DIA APARTAMENTO STANDART   |                     |
| HOSPITAL DIA ACOMODAÇÃO COLETIVA  |                     |
| LEITOS PARA TRATAMENTO PSIQUIATRICO                                       |                     |
| ISOLAMENTO  |                     |
| QUARTO COLETIVO (02 LEITOS) E BANHEIRO PRIVATIVO                          |                     |
| QUARTO COM 02 LEITOS SEM BANHEIRO   |                     |
| UTI ADULTO  |                     |
| UTI PEDIÁTRICA  |                     |
| UTI NEONATAL  |                     |
| UTSI-UNIDADE DE TERAPIA SEMI-INTENSIVA                                    |                     |
| UNIDADE DE TRATAMENTO CORONARIANO   |                     |

| <b>2 – DISPÕE DE TRANSPORTE DE AMBULÂNCIA</b> |                               |            |            |
|---|-------------------------------|------------|------------|
| <b>CÓDIGO PRINCIPAL</b>                       | <b>DESCRIÇÃO</b>              | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> |
|   | AMBULÂNCIA COMUM              |            |            |
|   | AMBULÂNCIA U.T. I.            |            |            |
|   | ACOMPANHAMENTO COM ENFERMAGEM |            |            |
|   | ACOMPANHAMENTO COM MÉDICO     |            |            |

**V – PERFIL ASSISTENCIAL**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL GERAL<br><input type="checkbox"/> PRONTO SOCORRO GERAL<br><input type="checkbox"/> MATERNIDADE<br><input type="checkbox"/> HOSPITAL ESPECIALIZADO EM:<br><br><input type="checkbox"/> PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO EM: |
|--|

**VI - CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA UM BOM CONHECIMENTO DO HOSPITAL**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VII – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ATUALIZAÇÃO OU ASSINATURA DE CONTRATO**

1. Cópia do Contrato Social e/ou estatuto social e ultima alteração;
2. dos responsáveis constantes no contrato e/ou estatuto social 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.

**VIII – RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES**

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| <b>NOME:</b>       | <b>DATA:</b> |
| <b>ASSINATURA:</b> |              |

**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 pelo hospital.**