|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** |
| Tipo de Solicitação: ( ) Novo Credenciamento ( ) Renovação Contratual – Cód. Prest.:  |
| Razão Social: |
| Nome Fantasia: |
| CNES: | CNPJ: | Nº Insc. Municipal: |
| Endereço: |  |
| Nº: | Bairro: | Município: | UF: |
| CEP: | Telefone: | E-mail: |
| Tipo de Estabelecimento (conforme cadastro no CNES):  |
| Especialidade(s): |
| Possui prontuário eletrônico? ( ) Não ( ) Sim – Se sim, qual sistema? |
| **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: ( ) SEMPRE ABERTO ( ) COMERCIAL – PREENCHER HORÁRIOS ABAIXO** |
| Dias da Semana | Turno da Manhã | Turno da Tarde |
| Segunda-feira | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ |
| Terça-feira | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ |
| Quarta-feira | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ |
| Quinta-feira | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ |
| Sexta-feira | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ |
| Sábado | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ | De\_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS) QUE ASSINARÁ(ÃO) O CONTRATO** |
| **1 - Nome completo:** |
| Estado civil: | Nacionalidade: | Profissão: |
| RG: | CPF: | Nº Conselho de Classe: |
| Endereço: |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
| Fone: | E-mail: |
| **2 - Nome completo:** |
| Estado civil: | Nacionalidade: | Profissão: |
| RG: | CPF: | Nº Conselho de Classe: |
| Endereço: |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
| Fone: | E-mail: |
| **DADOS DO DIRETOR CLÍNICO** |
| Nome completo:  | Data Nasc.:  | CPF:  |
| Especialidade: | Titulação acadêmica: | Nº Conselho: |
| E-mail: | Telefone: |  |
| **DADOS DO DIRETOR TÉCNICO** |
| Nome completo:  | Data Nasc.:  | CPF:  |
| Especialidade: | Titulação acadêmica: | Nº Conselho: |
| E-mail: | Telefone: |  |
| **DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PERANTE O CONSELHO DE CLASSE** |
| Nome completo:  | Data Nasc.:  | CPF:  |
| Especialidade: | Titulação acadêmica: | Nº Conselho:  |
| E-mail: | Telefone: |  |
| **DADOS DO RESP. TÉCNICO PELO SERV. DE ENFERMAGEM PERANTE O COREN (QUANDO FOR O CASO)** |
| Nome completo:  | Data Nasc.:  | CPF:  |
| Especialidade: | Titulação acadêmica: | Nº Conselho: |
| E-mail: | Telefone: |  |

|  |
| --- |
| **DADOS FINANCEIROS** |
| Forma de tributação: ( ) Simples Nacional ( ) Lucro Presumido ( ) Lucro Real ( ) Filantrópico |
| Banco: | Ag.: | N° conta: | Tipo: ( ) Corrente ( ) Poupança |

|  |
| --- |
| **CONTATOS PARA RECEBIMENTO E SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES** |
| **1 - Nome:** |
| Setor: | E-mail: | Telefone: |
| **2 - Nome:** |
| Setor: | E-mail: | Telefone: |
| **3 - Nome:** |
| Setor: | E-mail: | Telefone: |
| **DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

