|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** | | |

