



FICHA DE FILIAÇÃO

1) CNPJ							
2) RAZÃO SOCIAL							
3) NOME FANTASIA							
4) ENDEREÇO							
CEP		BAIRRO		CIDADE / UF			
5) CNES				(Para consultar: http://cnes.datasus.gov.br/)			
6) TELEFONE			WHATSAPP				
7) DATA DE FUNDAÇÃO DA INSTITUIÇÃO				/ /			

8) CONTATOS DOS SÓCIOS DIRETORES COM O TEL FIXO, CELULAR, E-MAIL E DATA NASCIMENTO
(Listar toda a diretoria). Caso seja necessário, utilize outra página.

NOME				DATA DE NASC	
TEL FIXO		TEL CEL		WApp	
E-MAIL					

NOME				DATA DE NASC	
TEL FIXO		TEL CEL		WApp	
E-MAIL					

NOME				DATA DE NASC	
TEL FIXO		TEL CEL		WApp	
E-MAIL					

NOME				DATA DE NASC	
TEL FIXO		TEL CEL		WApp	
E-MAIL					

NOME				DATA DE NASC	
TEL FIXO		TEL CEL		WApp	
E-MAIL					

NOME				DATA DE NASC	
TEL FIXO		TEL CEL		WApp	





E-MAIL

9) CONTATOS DOS RESPONSÁVEIS PELOS SETORES COM O TEL FIXO, CELULAR, E-MAIL, DATA NASCIMENTO e FUNÇÃO. Caso seja necessário, utilize outra página.

ADMINISTRATIVO		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()
E-mail		Função

ASSESSORIA DE IMPRENSA E COMUNICAÇÃO		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()
E-mail		Função

ASSISTENCIAL		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()
E-mail		Função

ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELAS UTIs		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()
E-mail		Função

ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELO CENTRO CIRÚRGICO		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()





ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS
E SERVIÇOS DE SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA



E-mail	Função
--------	--------

ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELAS UNIDADES ABERTAS		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()
E-mail		Função

ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()
E-mail		Função

SUPRIMENTOS		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()
E-mail		Função

FARMÁCIA		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()
E-mail		Função

FATURAMENTO		
Nome		Data de Nascimento / /
Tel. Fixo ()	Celular ()	Whats App ()





Outras

11) SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA

Laboratório de Análises Clínicas	Hemodiálise	Radioterapia
Anatomia Patológica	Hemodinâmica	Ressonância Magnética
Densitometria Óssea	Hemoterapia/ Banco de Sangue	RX
ECG/ECO-Teste Esforço	Mamografia	Tomog. computadorizada
Endoscopia/Colonoscopia	Medicina Nuclear	Ultrassonografia
Fisioterapia		
Outras		

12) MARQUE COM UM "x" A SUA CARTEIRA DE CONVÊNIOS

ALLIANZ SAUDE	FIOPREV	PLAN ASSISTE
AMBEP	FUSEX	PLANSERV
AMIL	GAMA	PLANSFER/SESEF
APUB	GEAP	PORTO SEGURO
ASFEB	GOLDEN CROSS	POSTAL SAÚDE
ASSEFAZ	GOLDEN LIFE	PROMEDICA
BANCO CENTRAL	HAPVIDA	SAÚDE CAIXA
BRADESCO SAÚDE	IPS	SUL AMERICA
CAMED	INTERMÉDICA - NORCLÍNICA	SUS
CAPESAUDE / CAPSESP	LIFE EMPRESARIAL	UNAFISCO
CASSEB	MASTERMED	UNIMED
CASSI	MEDISERVICE	UNIMED SEGUROS
CNU	NORDESTE SAÚDE	VITALLIS SAUDE
CORREIOS	NOTREDAME	
DESENBÁHIA	NOVELIS	
EMBRATEL	OMINT	
FACHESF	PETROBRÁS	
FASSINCRA	PETROBRÁS DIST	
Outras:		

13) MARQUE COM UM "x" O SEU FATURAMENTO MENSAL (FAIXAS)

Até R\$ 1.000.000	R\$ 10.000.001 a R\$ 20.000.000
R\$ 1.000.001 a R\$ 5.000.000	R\$ 20.000.001 a R\$ 100.000.000
R\$ 5.000.001 a R\$ 10.000.000	R\$ 100.000.001 em diante





14) INFORME A QUANTIDADE TOTAL DE LEITOS GERAIS

APARTAMENTO	
ENFERMARIA	
DAY	
UTI	
SEMI-UTI	
EMERGÊNCIA	
TOTAL	

15) QUANTIDADE DE LEITOS DE PEDIATRIA: _____

16) QUANTIDADE DE LEITOS DE OBSTETRÍCIA: _____

17) NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS: _____

18) FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS MÉDICOS: _____

19) ACREDITAÇÃO SIM NÃO

Qual? ONA JCI **Outra** _____

20) EXISTE COMITÊ DE SEGURANÇA DO PACIENTE? SIM NÃO

____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável e Carimbo

