

**HEMOPE****FICHA DE CADASTRO HOSPITALAR****I - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

RAZÃO SOCIAL (COMPLETA):

NOME FANTASIA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

Nº:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

CEP:

UF:

TELEFONE:

Nº CNES:

E-MAIL:

INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

PÚBLICO: () FEDERAL () ESTADUAL () MUNICIPAL**PRIVADO:** () COM FINS LUCRATIVOS
() SEM FINS LUCRATIVOS**TIPO DE ATENDIMENTO:**

() GERAL

() ESPECIALIZADO: _____
(especificar)**ESTRUTURA:**

() PEDIATRIA

() AMBULATÓRIO

() PRONTO SOCORRO

() UTI

() CENTRO CIRÚRGICO

() CENTRO OBSTÉTRICO

() AG.TRANSFUSIONAL

() LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LEITOS EXISTENTES: **TOTAL:** _____ **SUS:** _____**II – RESPONSÁVEIS PELA INSTITUIÇÃO****REPRESENTANTE LEGAL PARA ASSINATURA DO TERMO DE COMPROMISSO - NOME:**

CONSELHO:

CPF:

CARIMBO E ASSINATURA:

C.I.:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA COMPROMISSÁRIA - NOME:

CRM:

CPF:

CARIMBO E ASSINATURA:

C.I.:

ESTADO CIVIL:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA COMPROMITENTE - NOME:

CRM:

CPF:

CARIMBO E ASSINATURA:

C.I.:

ESTADO CIVIL:

III - RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, podendo ser averiguadas a qualquer momento pela Fundação Hemope, sob pena da Lei.

NOME_____
ASSINATURA____/____/____
DATA

CONVÊNIOS (PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE) PRÓPRIOS E DE TERCEIROS:

OBSERVAÇÃO: Anexar a esta ficha cópia de documento oficial com foto do representante legal e responsável técnico da compromissária.Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação HEMOPE
Rua Joaquim Nabuco, 171, Graças, Recife - PE CEP: 52.011-900 Fone: 3182 4600.