

FICHA CADASTRAL - PESSOA JURÍDICA



(Preencher uma ficha para cada CNPJ)

(1) Razão Social:	
(2) Nome de Fantasia:	
(3) Nome para Divulgação:	
(4) CNPJ () Matriz () Filial:	(5) UF:
(6) Home Page:	(7) E-mail:

(8) Endereço para Atendimento:		
Endereço 1 (Rua, Avenida):		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Telefones com DDD:	Fax:

(9) A RELAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS DEVERÃO SER INFORMADOS NA FICHA CADASTRAL – PESSOA JURÍDICA ANEXO I – DOS SERVIÇOS.

(10) INFORMAÇÕES BANCÁRIAS - O CNPJ deverá estar vinculado à conta corrente informada		
Banco:	Agência:	Conta n.º:

(11) Inscrição do INSS N.º:	(12) CNES:
(13) Inscrição Estadual:	(14) Inscrição Municipal:

(15) Isenção de Tributos:			
IRRF	PIS	CSSL	COFINS
() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não

Obs.: É obrigatório anexar a Declaração da Receita Federal de Isento do IRRF se for marcado Sim.

(16) Optante pelo Simples: () Sim () Não	(17) Enquadrada como: () Micro-Empresa () Pequeno Porte
---	--

Obs.: Só será obrigatório o preenchimento do Campo 17, se o Campo 16 estiver marcado Sim.

(18) CATEGORIA		
() Banco de Sangue	() Clínica sem Internação	() Clínica com Internação
() Cooperativa	() Hospital	() Laboratório

(19) ATENDIMENTO		
() Ambulatório	() Emergência	() Todos

(20) PLANTÃO 24 HORAS	(21) CORPO CLÍNICO
() Sim () Não	() Aberto () Fechado

(22) CLASSIFICAÇÃO (Campo destinado às Clínicas com Internação e Hospitais)				
() A	() B	() C	() D	() Especial

Obs.: Anexar a Declaração da AHEG - Associação dos Hospitais do Estado de Goiás para comprovação.

Responsabilizo-me pela exatidão das informações, que poderão ser verificadas a qualquer tempo.



Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da Celg

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A CONTRATAÇÃO:

1 – Contrato social e última alteração;
2 – Cópia do CNPJ;
3 – Cópia legível do comprovante do Número da Conta Corrente e Agência (Extrato ou Cheque);
4 – Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
5 – Comprovante de Inscrição Municipal e Recolhimento do ISS ou ISSQN;
6 – Classificação Atualizada da Associação dos Hospitais, quando se tratar de Estabelecimento Hospitalar;
7 – Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária, da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde (atualizado);
8 – Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento fornecido pela Prefeitura (atualizado);
9 – Comprovante de inscrição no INSS;
10 – Comprovante de inscrição no Conselho Regional da respectiva categoria profissional;
11 – Relação do corpo clínico contendo: nome, CRM, CPF e especialidade.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DE ALGUNS CAMPOS:

03	Nome que prefere que conste no livro da rede credenciada, para divulgação aos Associados;
12	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
13	Não havendo nº de Inscrição Estadual, preencher como isento;
14	Não havendo nº de Inscrição Municipal, preencher como isento;
21	Quando o corpo clínico for aberto, o atendimento em regime hospitalar poderá ser feito por equipe médica não vinculada a CONTRATADA, desde que tenha anuência do beneficiário ou responsável, respeitado o regimento interno e se for fechado, o atendimento em regime hospitalar deverá ser feito por toda equipe hospitalar.

**PREENCHER TAMBÉM A
FICHA CADASTRAL – PESSOA JURÍDICA
(Anexo I – Dos Serviços)**

**FICHA CADASTRAL - PESSOA JURÍDICA
(Anexo I – Dos Serviços)**

(1) DIRETOR TÉCNICO		
Nome:		
Especialidade:	Conselho:	N.º do Conselho:

(2) TIPO DE HOSPITAL	Assinar com X
Geral:	()
Hospital-dia:	()
Especializado (identificar a especialidade):	()

(3) MODELO DE GESTÃO	Assinar com X
Gestão própria (todos os serviços são de propriedade do Hospital)	()
Gestão mista (parte dos serviços são terceirizados pelo Hospital)	()

(4) RELAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS			
	Assinar com X		Assinar com X
Acupuntura	()	Ginecologia e Obstetrícia	()
Alergia e Imunologia	()	Hansenologia	()
Andrologia	()	Hematologia e Hemoterapia	()
Anestesiologia	()	Homeopatia	()
Angiologia	()	Infectologia	()
Audiologia	()	Mastologia	()
Cancerologia (Oncologia)	()	Medicina do Trabalho	()
Cardiologia	()	Medicina do Tráfego	()
Cirurgia Cardiovascular	()	Medicina Física e Reabilitação (Fisiatria)	()
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	()	Medicina Nuclear	()
Cirurgia do Aparelho Digestivo	()	Nefrologia	()
Cirurgia Geral	()	Neurocirurgia	()
Cirurgia Pediátrica	()	Neurologia	()
Cirurgia Plástica	()	Nutrologia	()
Cirurgia Torácica	()	Oftalmologia	()
Cirurgia Vascular	()	Ortopedia e Traumatologia	()
Clínica Geral	()	Otorrinolaringologia	()
Clínica Médica (Medicina Interna)	()	Pediatria	()
Coloproctologia (Proctologia)	()	Pneumologia	()
Dermatologia	()	Psiquiatria	()
Endocrinologia	()	Radiologia	()
Fisioterapia	()	Radioterapia	()
Gastroenterologia	()	Reumatologia	()
Geriatrics	()	Urologia	()

(5) RELAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES			
	Assinar com X		Assinar com X
Anátomo Patológico	()	Hospital Ortopedia	()
Audiometria	()	Hospital Otorrino	()
Banco de Sangue	()	Hospital Pediatria	()
Bera	()	Hospital Psiquiatria	()
Broncoscopia	()	Hospital Queimadura	()
Cintilografia	()	Hospital Urologia	()
Colonoscopia	()	Impedânciometria	()
Colposcopia	()	Laringoscopia	()
Densitometria Óssea	()	Mamografia	()
Ecocardiograma	()	Manometria Ano-retal	()
Ecodoppler	()	Mapa	()
Eletrocardiograma	()	Mapeamento Cerebral	()
Eletroencefalograma	()	Nebulização Simples ou Aerosol	()
Eletroneuromiografia	()	Ph-metria	()
Endoscopia Digestiva Alta	()	Polissonografia	()
Estudo Urodinâmico	()	Proetz	()
Exames de Laboratório	()	Raio X	()
Exames Oftalmológicos	()	Ressonância Nuclear Magnética	()
Fisioterapia	()	Retossigmoidoscopia	()
Prova de Função Pulmonar	()	Sistema Holter 24 Horas	()
Hospital Angiologia	()	Teste Ergométrico	()
Hospital Cardiologia	()	Tomografia Computadorizada	()
Hospital Geral	()	Ultrassonografia	()
Hospital Neurologia	()	Urofluxometria	()
Hospital Oftalmologia	()	Hemodiálise	()
Hospital Oncologia	()	Clínica Dermatológica	()
	()		()

Obs.: É obrigatório a apresentação da Nota Fiscal do aparelho utilizado na realização de cada procedimento descrito acima para sua deliberação.

Qualquer outra especialidade ou procedimento que não estiver elencado em alguma das relações de serviços, poderão ser discriminadas em documento a parte, constando o nome e código na tabela.

Responsabilizo-me pela exatidão das informações, que poderão ser verificadas a qualquer tempo.

Local e Data

Assinatura do Declarante