

FICHA PARA ANÁLISE DE CREDENCIAMENTO



IDENTIFICAÇÃO			
NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	
NOME FANTASIA		CNES	
RESPONSÁVEL TÉCNICO			
CRM / CRP / CRF / OUTROS	UF	RG	CPF
PIS / NIT (Exclusivo Pessoa Física)	OPTANTE PELO SIMPLES?		NÃO SIM

TIPO DE PRESTADOR		
HOSPITAL GERAL	PRONTO SOCORRO GERAL	CLINICAS
HOSPITAL ESPECIALIZADO	LABORATÓRIO	CONSULTÓRIOS
HOSPITAL DE RETAGUARDA	DAY CLINIC	REMOÇÃO
HOSPITAL DIA	POLICLINICA	
MATERNIDADE	CLINICA ESPECIALIZADA	

ENDEREÇO 1			
(1) TIPO DE ENDEREÇO			
CORRESPONDÊNCIA		ATENDIMENTO	
(ENDEREÇO COMPLETO)			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP:
TELEFONE 1	TELEFONE 2	E-MAIL	

ENDEREÇO 2			
(2) TIPO DE ENDEREÇO			
CORRESPONDÊNCIA		ATENDIMENTO	
(ENDEREÇO COMPLETO)			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP:
TELEFONE 1	TELEFONE 2	E-MAIL	

CONTATOS		
<b>COMERCIAL</b>		
Nome	Telefone	e-mail
<b>FATURAMENTO</b>		
Nome	Telefone	e-mail
<b>ATENDIMENTO</b>		
Nome	Telefone	e-mail

DATA:	NOME COMPLETO
-------	---------------