



**ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS  
DO ESTADO DE GOIÁS**

**CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
NOME DA INSTITUIÇÃO (FANTASIA):		
RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		
CIDADE:		
CEP:	TELEFONE:	FAX:
E-MAIL:		
SITE:		
CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
CRMJ (nº do cadastro no Conselho Regional de Medicina):		
ALVARÁ SANITÁRIO (anexar cópia):		
DATA:		
PRIVADO ( )	FILANTRÓPICO ( )	PÚBLICO ( )
<b>ESPECIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:</b>		
( )	HOSPITAL GERAL:	.....
( )	HOSPITAL ESPECIALIZADO EM:	.....
( )	HOSPITAL DIA PARA ATENDIMENTO EM:	.....
( )	CLÍNICA/UNIDADE ESPECIALIZADA EM:	.....
( )	BANCO DE SANGUE:	.....
( )	POSSUI ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA 24 HORAS	
<b>LEITOS DE:</b>	<b>QUANTIDADE:</b>	
APARTAMENTOS		
SUITES		
ENFERMARIA ADULTO		
ENFERMARIA INFANTIL		
UTI ADULTO		
UTIL INFANTIL		
UTI NEONATAL		
UTI CORONARIANA		
UTI PARA QUEIMADURAS		
BERÇÁRIO		
PRONTO SOCORRO		
OUTROS (citar)		
TOTAL		
<b>DATA FILIAÇÃO (a ser preenchido pela AH EG):</b>		

REPRESENTANTES PARA CONTATO:

CARGO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

**DIRETORIA**

**DIRETOR TÉCNICO:**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CELULAR ( \_\_\_\_ ) E-MAIL \_\_\_\_\_

**DIRETOR CLÍNICO JUNTO AO CRM**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CELULAR ( \_\_\_\_ ) E-MAIL \_\_\_\_\_

**DIRETOR ADMINISTRATIVO**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CELULAR ( \_\_\_\_ ) E-MAIL \_\_\_\_\_

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>QUANTIDADE</b>
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS:	
POSSUI DPTO. RECURSOS HUMANOS ( )SIM ( )NÃO	-
NOME DO RESPONSÁVEL:	-
RESPONSÁVEL PELOS PROCESSOS SELETIVOS:	-
<b>NÚMERO PROFISSIONAIS:</b>	-
ADMINISTRADOR	
ADVOGADO	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	
ENFERMEIRO	
FARMACÊUTICO	
É Responsável Técnico pelo Dispensário de Medicamentos? Sim ( ) Não ( )	-
FISIOTERAPEUTA	
FONOAUDIÓLOGO	
NUTRICIONISTA	
PSICÓLOGO	
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	

**INFORMÁTICA**

- ARQUIVO INFORMATIZADO  
 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO  
 SISTEMA DE ENTREGA DE RESULTADOS DE EXAMES ONLINE

**SERVIÇO DE FATURAMENTO**

- PRÓPRIO                       TERCEIRIZADO

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

EMPRESA RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**CONVÊNIOS****PÚBLICOS**

- SUS      N° DE LEITOS CADASTRADOS: \_\_\_\_\_

IPASGO

CAIXA DE ASSISTÊNCIA MUNICIPAL      NOME: \_\_\_\_\_

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA E COOPERATIVA**

AFFEGO/Unidas

ASSEFAZ/Unidas

CAPSESP/Unidas

CASSI/Unidas

CELGMED/Unidas

CONAB/Unidas

ECT/Unidas

EMBRAPA/Unidas

FASSINCRA/Unidas

PETROBRAS/Unidas

SAÚDECAIXA/Unidas

ASSOC. PROCURADORES ESTADO DE GOIÁS

ASUFEGO

COOPERATIVA DOS RODOVIÁRIOS

EMATER

GEAP

METAGO

PLAN-ASSISTE

SERVIÇO SAÚDE PM

SAMP

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL

UNIMED

OUTROS (Citar): \_\_\_\_\_

**SEGURADORAS**

SUL AMÉRICA

ITÁU SEGUROS

SAÚDE BRADESCO

GOLDEN CROSS

**MEDICINA DE GRUPO**

BLUE LIFE

AMIL

MEDIAL

<b>CORPO CLÍNICO</b>		
<b>NOME</b>	<b>CRM</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>

OBS.: CASO OCORRA QUALQUER ALTERAÇÃO NAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE CADASTRO, FAVOR ENTRAR EM CONTATO COM O DEPARTAMENTO DE CADASTRO ATRAVÉS DO TELEFONE (62) 3093-4307 OU E-MAIL [secretariaaheg@casadoshospitais.com.br](mailto:secretariaaheg@casadoshospitais.com.br)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO