

## CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SERVIÇO DE SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS

<b>1 - IDENTIFICAÇÃO</b>	
NOME DA INSTITUIÇÃO (FANTASIA)	
RAZÃO SOCIAL	
ENDEREÇO	
CIDADE	
CEP	
TELEFONE	
E-MAIL	
SITE	
CNPJ	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	
Nº CRMJ (Cadastro no Conselho Regional de Medicina)	
DATA DA ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO DO CNES	
( ) PRIVADO ( ) FILANTRÓPICO ( ) PÚBLICO	
DATA DA FILIAÇÃO (a ser preenchido pela AHEG)	
<b>2 - ESPECIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>	
( ) HOSPITAL GERAL	
( ) HOSPITAL ESPECIALIZADO EM	
( ) HOSPITAL DIA PARA ATENDIMENTO EM	
( ) CLÍNICA/UNIDADE ESPECIALIZADA EM	
( ) BANCO DE SANGUE	
( ) POSTO DE COLETA	
( ) POSSUI ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA 24 HORAS	
<b>3 - NÚMERO DE LEITOS</b>	
APARTAMENTO (STAND/SUÍTE)	
BERÇÁRIO	
ENFERMARIA ADULTO (MASC./FEM.)	
ENFERMARIA PEDIÁTRICA (INFANTIL)	
ISOLAMENTO	
PRONTO SOCORRO	
UTI ADULTO - PRÓPRIA	
UTI ADULTO - TERCEIRIZADA	
UTI PEDIÁTRICA - PRÓPRIA	
UTI PEDIÁTRICA - TERCEIRIZADA	
UTI NEONATAL - PRÓPRIA	
UTI NEONATAL - TERCEIRIZADA	
UTI PARA QUEIMADURAS - PRÓPRIA	
UTI PARA QUEIMADURAS - TERCEIRIZADA	
UTI CORONÁRIA - PRÓPRIA	
UTI CORONÁRIA - TERCEIRIZADA	
OUTROS (citar)	
Nº TOTAL DE LEITOS - PRÓPRIOS	
Nº TOTAL DE LEITOS - TERCEIRIZADOS	
<b>4 - DIRETORIA / ADMINISTRAÇÃO</b>	
<b>DIRETOR TÉCNICO (CRM)</b>	
NOME	
DATA NASCIMENTO	
ESPECIALIDADE	
CRM	
CELULAR	
E-MAIL	

<b>DIRETOR CLÍNICO</b>	
NOME	
DATA NASCIMENTO	
ESPECIALIDADE	
CRM	
CELULAR	
E-MAIL	
<b>DIRETOR ADMINISTRATIVO</b>	
NOME	
DATA NASCIMENTO	
ESPECIALIDADE	
CRM	
CELULAR	
E-MAIL	
<b>REPRESENTANTE(S) PARA CONTATO</b>	
NOME	
CARGO	
NOME	
CARGO	
<b>5 - RECURSOS HUMANOS</b>	<b>QUANTIDADE</b>
<b>TOTAL DE FUNCIONÁRIOS</b>	
POSSUI DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	( ) SIM ( ) NÃO
NOME DO RESPONSÁVEL	
FORMAÇÃO	
<b>NÚMERO DE PROFISSIONAIS:</b>	
ADMINISTRADOR	
ADVOGADO	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	
ENFERMEIRO	
FARMACÊUTICO	
É RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS?	( ) SIM ( ) NÃO
FISIOTERAPÊUTA	
FONOAUDIÓLOGO	
NUTRICIONISTA	
PSICÓLOGO	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	
TERAPÊUTA OCUPACIONAL	
CIDADE/DATA	....., ...../...../.....
ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR	
<b>OBSERVAÇÕES:</b>	
<b>1. Anexar a este cadastro:</b>	
1.1 - Relação do Corpo Clínico com nome completo, CRM e especialidade;	
1.2 - Lista dos planos de saúde, seguradoras, empresas de medicina de grupo e outros atendidos;	
1.3 - Relação das empresas/departamentos terceirizados.	
<b>2. Atualização cadastral AHEG:</b>	
Este cadastro deve ser atualizado anualmente. Mas, caso ocorra qualquer alteração nas informações prestadas antes desse período, favor informar a AHEG através do e-mail <a href="mailto:secretariaaheg@aheg.com.br">secretariaaheg@aheg.com.br</a>	
<b>EM CASO DE DÚVIDA NO PREENCHIMENTO DO CADASTRO, LIGUE (62) 3093-4307</b>	