

ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE - ANEXO DO REQUERIMENTO DE CMVS

(OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO. ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE AOS ESTABELECIMENTOS COM ATIVIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE, COM OU SEM EQUIPAMENTO DE SAÚDE)

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - Não Preencher

[illegible]

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (Registrar os mesmos dados do formulário ao qual pertence este anexo)

9. Razão Social/Nome: |

10. Nome Fantasia: |

11. CNPJ/CPE: | | | | | | | | | | | | | | |

[illegible]

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

41. Cód. CNES: | | | | | | | |

42. Código |__|__|__| Descrição do tipo de serviço de saúde objeto da solicitação: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

43. Tipos de serviços de saúde albergados:

A. Próprios (sob CMVS da estrutura albergante) - registre os códigos:

B. Próprios (com CMVS próprio) - registre os códigos:

C. Terceirizados - registre os códigos e respectivos CNPJ:

Código

CNPJ

Código

CNPJ

[illegible]**Código**

CNPJ

Código

CNPJ

[illegible]

Código

CNPJ

Código

CNPJ

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL - INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS

ESPECIALIDADES MÉDICAS – Assinale com um “X” as Especialidades Médicas existentes no Estabelecimento:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| ☐ 01. Cirurgia geral | ☐ 08. Gastroenterologia | ☐ 15. Otorrinolaringologia | ☐ 25. Geriatria | ☐ 36. Reumatologia |
| ☐ 02. Neurocirurgia | ☐ 09. Ginecologia | ☐ 16. Ortopedia/Traumatologia | ☐ 26. Hematologia | ☐ 37. Acupuntura |
| ☐ 03. Cirurgia de Cabeça e Pescoço | ☐ 10. Obstetrícia | ☐ 17. Oncologia | ☐ 29. Neurologia | ☐ 38. Outros |
| ☐ 04. Cirurgia Torácica | ☐ 11. Nefrologia/Urologia | ☐ 18. Cirurgia Plástica | ☐ 32. Pediatria | |
| ☐ 05. Cardiologia | ☐ 12. Proctologia | ☐ 19. Imunologia | ☐ 33. Pneumologia | |
| ☐ 06. Cirurgia vascular | ☐ 13. Dermatologia | ☐ 20. Infectologia | ☐ 34. Psiquiatria | |
| ☐ 07. Endocrinologia | ☐ 14. Oftalmologia | ☐ 22. Clínica Geral | ☐ 35. Reabilitação | |