



IPISM INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

FICHA CADASTRAL - IDENTIFICAÇÃO E INFORMAÇÕES GERAIS - (HOSPITAIS)			
CNPJ:	NOME DO BANCO:		
RAZÃO SOCIAL:	CÓDIGO DO BANCO:		
ENDEREÇO:	AGÊNCIA:	DV:	
BAIRRO:	CONTA:	DV:	
CIDADE:	CEP:	CNAE:	
TELEFONE:	E-MAIL:		
OPTANTE PELO SIMPLES: SIM ( ) NÃO ( )	FUNCIONAMENTO:		
ESPECIALIDADES ELETIVAS:			
ESPECIALIDADES URGÊNCIA/PRONTO ATENDIMENTO:			
ESPECIALIDADES INTERNAÇÃO:			
ESPECIALIDADES DE APOIO MULTIDISCIPLINAR:			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS:			
EXAMES:			
DADOS DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS			
NOME:	CRM Nº		
NOME:	CRF Nº		
NOME:	COREN Nº		
NOME:	CREFITO Nº		
NOME:	CRN Nº		
NOME:	CRP Nº		
NOME:	CREFONO Nº		
NÚMERO DE LEITOS			
( ) APARTAMENTO ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( ) INFANTIL ( ) UTI NEO-NATAL ( ) CTI ( ) PA			
COOPERATIVAS			
NOME:	CNPJ:	ESPEC.:	
NOME:	CNPJ:	ESPEC.:	
NOME:	CNPJ:	ESPEC.:	
DADOS DO(S) ASSINANTE(S) DO CONTRATO			
1 - Nome :			
CPF/MF:	Cl:	Órgão Emissor:	Data expedição:
Cargo/Função:			E-mail:
Avenida/Rua:		Nº	Bairro:
Telefone Residencial:			Celular:
2 - Nome :			
CPF/MF:	Cl:	Órgão Emissor:	Data expedição:
Cargo/Função:			E-mail:
Avenida/Rua:		Nº	Bairro:
Telefone Residencial:			Celular:
ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL – CONFORME DOCUMENTO ENVIADO:			
ASS:	ASS:		
LOCAL:	DATA ____ / ____ / ____.		