



CADASTRO MÉDICO-HOSPITALAR – CQH-02

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

Data:	_____	Matrícula CQH:	_____
Razão Social:	_____ _____		
Nome Fantasia:	_____		
CNPJ:	_____		
Endereço:	_____		
Bairro:	_____		
Município:	_____	Estado:	_____
CEP:	_____		
Telefone: (____)	_____		
Fax: (____)	_____		
Endereço eletrônico (E-mail):	_____		

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTABELECIMENTO

Natureza Jurídica do Estabelecimento:
<input type="checkbox"/> Privado Lucrativo <input type="checkbox"/> Privado Não Lucrativo <input type="checkbox"/> Público Federal
<input type="checkbox"/> Público Estadual <input type="checkbox"/> Público Municipal
Tipo de Estabelecimento Hospitalar:
<input type="checkbox"/> Hospital Geral
<input type="checkbox"/> Hospital Especializado – Qual:
O Estabelecimento dispõe de:
<input type="checkbox"/> Pronto Socorro
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento
<input type="checkbox"/> Ambulatório



LEITOS HOSPITALARES

	Leitos Operacionais	Número de leitos
A	Unidades de Internação (todas as Clínicas)	
B	Unidade de Terapia Intensiva (todas as UTIs)	
C	Leitos de observação com permanência acima de 24 horas	
		Total de leitos