***CADASTRO MÉDICO HOSPITALAR***

|  |  |
| --- | --- |
| **Matrícula CQH:** |  |
| **Data:** |  |
| **Razão Social:** |  |
| **Nome Fantasia:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **Endereço:** |  |
| **Bairro:** |  |
| **Município:** |  |
| **Estado:** |  |
| **Cep:** |  |
| **Telefone:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Site:** |  |
| **CNES:** |  |

**CARACTERÍSTICAS GERAIS DA INSTITUIÇÃO**

**Natureza Jurídica da Instituição:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ( ) | Privado Lucrativo | ( ) | Privado Não Lucrativo |  |  |
| ( ) | Público Estadual | ( ) | Público Municipal | ( ) | Público Federal |

**Tipo de Instituição Hospitalar:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ( ) | Hospital Geral | ( ) | Hospital Especializado |  |  |
|  |  | Qual: | | | |

**A Instituição dispõe de:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ( ) | Pronto Socorro | ( ) | Pronto Atendimento | ( ) | UTI |
| ( ) | Ambulatório | ( ) | Maternidade |  |  |

**Atendimento:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ( ) | SUS | ( ) | Particular | ( ) | SUS + Particular |

**LEITOS HOSPITALARES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leitos Operacionais** | | **Número de Leitos** |
| A | Unidades de Internação (todas as clínicas) |  |
| B | Unidade de Terapia Intensiva (todas as UTI’s) |  |
| C | Leitos de observação com permanência acima de 24 horas |  |
|  | Total de Leitos |  |

**INTERLOCUTOR DO CORPO CLÍNICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Departamento: |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |

**INTERLOCUTOR DA ENFERMAGEM**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Departamento: |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |

**INTERLOCUTOR DA ADMINISTRAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Departamento: |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |

**INTERLOCUTOR DA QUALIDADE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Departamento: |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |

**INTERLOCUTOR DO FINANCEIRO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Departamento: |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **Faça um breve relato sobre a instituição:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Conte como você conheceu o Programa CQH:** |
|  |

|  |
| --- |
| **O que a Instituição espera com a implantação do Programa CQH?** |
|  |

Em atendimento à **Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, nº 13.709**, de 14 de agosto de 2018:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizo o Programa CQH a utilizar os dados acima para cadastro em sistema próprio, não divulgando a terceiros sem autorização prévia. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizo a divulgação dos dados informados nos campos “Conte como você conheceu o Programa CQH” e “O que a Instituição espera com a implantação do Programa CQH” em nosso site. |