



FICHA DE CADASTRO AMBULATORIAL / FCA

DADOS OPERACIONAIS:

0.1. UF:	0.2. UNIDADE:	0.3. OP:	0.4. FOLHA:
----------	---------------	----------	-------------

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

1.1. NOME / RAZÃO SOCIAL:										
1.2. NOME FANTASIA:										
1.3. IO:		1.4. CPF / CNPJ:				1.5. IR:				
PF	1	PJ	2					S	N	
2.1. LOCRADOURO:								2.2. NÚMERO:		
2.3. COMPLEMENTO:				2.4. BAIRRO:			2.5. DDD:		2.6. TELEFONE:	
2.7. CEP:		2.8. NOME DO MUNICÍPIO.:				2.9. CÓD.:		2.10. DISTR.:	2.11. REG.:	
3.1. NOME DO BANCO / AGÊNCIA:				3.2. Nº BANCO:		3.3. Cód. AGÊNCIA:		3.4. CONTA CORRENTE:		DV:
3.5. CONTRATO:			3.6. DATA DA PUBLICAÇÃO:			DATA DO PREENCHIMENTO (OBRIGATÓRIO) 		3.7. DIA:	MÊS:	ANO:

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE:

4.1. TP. UNIDADE:	4.2. PRESTADOR:	4.3. CONS. MÉDICO:	4.4. EQUIPE ODONTO:	4.5. GESSO:	4.6.3. PEQ. CIR.:	4.7.8. CIR.AMB.:	4.8. TURNO:	4.9. FLUXO:
-------------------	-----------------	--------------------	---------------------	-------------	-------------------	------------------	-------------	-------------

ATIVIDADE PROFISSIONAL:

ATIVIDADE	QUANTIDADE	HORAS	ATIVIDADE	QUANTIDADE	HORAS	ATIVIDADE	QUANTIDADE	HORAS

ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS:

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO

FORMALIZAÇÃO:

UNIDADE: CARIMBO / RUBRICA / DATA:	GESTOR MUNICIPAL: CARIMBO / RUBRICA / DATA:	GESTOR ESTADUAL: CARIMBO / RUBRICA / DATA:
---------------------------------------	--	---