

**FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO E RECADASTRAMENTO DE PRESTADORES  
DE SERVIÇOS DE SAÚDE**



|  |  |
|--|--|
| CNPJ/CPF:  | NOME DO CONTRATADO:                      |
| CÓDIGO TIPO CONTRATO (pelo IPISM)  | DESCRIÇÃO TIPO DE CONTRATO (pelo IPISM): |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS:  |  |
| CATEGORIA DE HOSPITAL/CLÍNICA (pelo IPISM):  |  |
| ESPECIALIDADES MÉDICAS/SERVIÇOS DE APOIO CONTRATADOS (01 A 71 E 87):   |  |
| ESPECIALIDADES DE ODONTOLOGIA CONTRATADAS (72 A 86):   |  |
| INDIQUE OS SUBGRUPOS OU PROCEDIMENTOS DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS/SERVIÇOS DE APOIO (de acordo com as especialidades indicadas): |  |
| INDIQUE OS SUBGRUPOS OU PROCEDIMENTOS DA TABELA DE HONORÁRIOS DE ODONTOLOGIA (de acordo com as especialidades indicadas):            |  |
| INDIQUE OS SUBGRUPOS OU PROCEDIMENTOS DE LABORATÓRIOS DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS:   |  |
| SUBGRUPOS OU PROCEDIMENTOS DA TABELA DE OPME (pelo IPISM):   |  |
| GRUPO, SUBGRUPOS OU PROCEDIMENTOS DA TABELA DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES (pelo IPISM):   |  |
| INDIQUE OS SUBGRUPOS OU PROCEDIMENTOS DA TABELA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIAIS:   |  |
| SUBGRUPOS OU PROCEDIMENTOS DA TABELA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (pelo IPISM):  |  |
| LOCAL:   | DATA: ____ / ____ / ____                 |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS:   |  |
| SCCC/GRS:  | COORDENADOR:                             |