

**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: