



# SINDHOSBA

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos  
de Serviços de Saúde do Estado da Bahia

Será preenchido pelo SINDHOSBA

DATA DE FILIAÇÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
VALOR 1º PAGAMENTO: \_\_\_\_\_

## PROPOSTA ASSOCIATIVA

01. Nome do Estabelecimento: \_\_\_\_\_

02. Razão Social: \_\_\_\_\_

03. Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF : Ba

04. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES \_\_\_\_\_

05. E-Mail: \_\_\_\_\_ Home Page: \_\_\_\_\_

06. Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

07. Finalidade:  Filantrópica  Não Lucrativa  Lucrativa  Municipal  Estadual  Federal

08. Número de Inscrição: CNPJ \_\_\_\_\_

09. Diretoria:

Presidente: \_\_\_\_\_ Reg. no Conselho : \_\_\_\_\_

D. Médico : \_\_\_\_\_ Reg. no Conselho : \_\_\_\_\_

D. Administrativo: \_\_\_\_\_ Reg. no Conselho: \_\_\_\_\_

D. Financeiro: \_\_\_\_\_ Reg. no Conselho: \_\_\_\_\_

10. Número de leitos	Contratados/SUS	Outros	Total
Cirurgia			
Obstetrícia			
Cl. Médica			
FTP			
Psiquiatria			
Pediatria			
Total			
Uti			
Unid. Coronariana			

11. Internação	Quantidade de leitos
Apartamento	
Enfermaria	

Total de Leitos	
-----------------	--

12. Atendimento:

Ambulatorial



# SINDHOSBA

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos  
de Serviços de Saúde do Estado da Bahia

- Eletivo  
 SUS  Operadoras de Planos de Saúde

## Operadoras de Planos de Saúde

---

---

---

- Emergência  
 SUS  Convênios

## Operadoras de Planos de Saúde

---

---

---

- Internamento  
 SUS Cota mensal AIHs: \_\_\_\_\_  
 Convênios

## Especifique Operadoras de Planos de Saúde

---

---

---

### 13. Especialidades Médicas:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cl. Médica           | <input type="checkbox"/> Pediatria               | <input type="checkbox"/> Cirurgia Infantil       |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral       | <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Ortopedia/Traumatologia |
| <input type="checkbox"/> Obstetrícia          | <input type="checkbox"/> Cardiologia             | <input type="checkbox"/> Neonatologia            |
| <input type="checkbox"/> Neurologia           | <input type="checkbox"/> Neurocirurgia           | <input type="checkbox"/> Odontologia             |
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia            | <input type="checkbox"/> Ginecologia             |
| <input type="checkbox"/> Urologia             | <input type="checkbox"/> Endocrinologia          | <input type="checkbox"/> Dermatologia            |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia           | <input type="checkbox"/> Alergia                 | <input type="checkbox"/> Gastro-enterologia      |
| <input type="checkbox"/> Oncologia            | <input type="checkbox"/> Psiquiatria             |  |
| <input type="checkbox"/> Outras _____         |  |  |

### 14. Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lab. Patol. Clínica   | <input type="checkbox"/> Lab. Anat. Patológica | <input type="checkbox"/> Radiologia             |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia          | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear      | <input type="checkbox"/> Tomog. computadorizada |
| <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética | <input type="checkbox"/> Ultrassonografia      | <input type="checkbox"/> Fisioterapia           |
| <input type="checkbox"/> Liptotriptor          | <input type="checkbox"/> Unidade Coronária     | <input type="checkbox"/> Pronto Socorro         |
| <input type="checkbox"/> Hemodiálise           | <input type="checkbox"/> Hemoterapia           | <input type="checkbox"/> Densitometria Óssea    |
| <input type="checkbox"/> Mamografia            |  |   |
| <input type="checkbox"/> Outras _____          |  |   |

## TABELA DE MENSALIDADE

Laboratório	R\$ 52,00
Clínica sem Leito	R\$ 65,00
Clínica de 01 a 50 leitos	R\$ 85,00
Clínica de 5 a 100 Leitos	R\$ 104,00
Clínica de 100 a 150 Leitos	R\$ 143,00
Acima de 151 Leitos	R\$ 189,00

A taxa de inscrição que corresponderá a primeira mensalidade poderá ser depositada conforme abaixo ou ser paga na sede do sindicato.

**BRABESCO**  
**Ag. Tancredo Neves 3646-3**  
**C/C 9617-2**  
**SINDHOSBA**

**EM CASO DE DEPÓSITO O MESMO DEVERÁ SER PASSADO JUNTO COM A PROPOSTA  
PREENCHIDA PELO FAX : 0 \*\*71 3082-3755 OU TELEFAX 0\*\*71 3341-3763.,**

**O original da proposta e os documentos exigidos deverão ser enviados para sede do SINDHOSBA.**

## **DECLARAÇÃO**

Declaro serem verdadeiras as informações aqui expostas , comprometendo-me a honrar com todos os compromissos que a partir desta data forem devidos ao tempo em que afirmo ter conhecimento dos meus direitos e deveres como associado deste sindicato , conforme arts.7º e 8º e arts 9º , 10º e 11º do seu estatuto , respectivamente , anexando a esta proposta toda a documentação que foi solicitada .

1. Contrato Social e última alteração;
2. Alvará de Licença e Funcionamento;
3. Último Recolhimento da Contribuição Sindical Patronal
4. Comprovante de Endereço do Estabelecimento
5. RG e CPF do(s) sócios (s)
6. Comprovante de Pagamento da Taxa de Inscrição ( 1º mensalidades )

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Responsável e Carimbo do Estabelecimento

---

### **A Cargo do Sindicato**

Proposta aprovada pela diretoria em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Código do Sócio \_\_\_\_\_ Leitos \_\_\_\_\_ Mensalidade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente (SINDHOSBA)