

Anexo I-A

Formulário para Solicitação de Substituição de Entidade Hospitalar

1. Identificação da operadora solicitante

Razão Social:	Registro ANS:

2. Identificação do prestador que pretende excluir (informar apenas um prestador por anexo)

Razão social ou Nome fantasia	CNPJ	CNES	Município	UF	Tipo de Contratação:		Motivação para a exclusão:
					() direta		() interesse da própria operadora () interesse exclusivo do prestador () encerramento das atividades do prestador () rescisão contratual entre o prestador e a operadora intermediária (rede indireta)
					() indireta	Registro da operadora intermediária:	

3. Identificação do prestador hospitalar indicado para inclusão (informar apenas um prestador por anexo)

Razão social ou Nome fantasia	CNPJ	CNES	Município	UF	Relação com a entidade hosp.	Tipo de Contratação		Data de Contratualização	Data de início da prestação dos serviços	Disponibilidade dos serviços
					() próprio	() direta		____/____/____	____/____/____	() total
					() contratualizado	() indireta	Registro da operadora intermediária:			() parcial

4. Comparativo dos Serviços Contratados

	Nº Leitos totais (exceto UTI)	Nº Leitos UTI - Adulto	Nº Leitos UTI - Pediátrica	Nº Leitos UTI - Neonatal	Urgência e Emergência 24h	Ecocardiografia	Endoscopia das vias aéreas	Endoscopia das vias digestivas	Hemodinâmica	Medicina nuclear	Ressonância nuclear magnética	Teste ergométrico	Tomografia computadorizada	Ultra-sonografia	Litotripsia extracorpórea	Quimioterapia	Radiologia intervencionista	Radioterapia	Terapia renal substitutiva	Videolaparoscopia	Ultrassom Doppler Colorido	Atendimento em Hospital-dia
Prestador a ser excluído																						
Prestador a ser incluído																						

Observações:

- (1) Nos campos referentes ao número de leitos (grifados com cinza), a operadora deverá informar a quantidade efetivamente contratada.
- (2) Nos campos referentes aos serviços, a operadora deverá marcar "X" naqueles contratados.
- (3) Este anexo deverá acompanhar os Anexos I, II e III.