FICHA POR UNIDADE DE SERVIÇO

1) Dados cadastrais do serviço

Razão social:		
Nome fantasia:		
Nome do responsável técnico:	CRM nº	UF
CNPJ nº:		
Endereço	Bairro	
Cidade	Estado	CEP
Telefone ( )	Fax ( )	E-mail
Categoria do serviço ( ) Particular ( ) Entidade de classe	( ) Público ( ) Outro	( ) Filantrópico

2) Relação do Corpo Clínico

Nome	Situação perante o CBR Titular / Associado / Aspirante / Residente

3) Dados sobre o serviço de Ressonância Magnética

Número de aparelhos: |__|__|

FABRICANTE	MODELO	ANO FABRICAÇÃO