



*Recibo e declaração de entrega de documentação para inserção no
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES*

Razão Social: _____

Endereço: _____

CNPJ/CPF: _____ CEP: _____

Responsável Legal: _____

Tipo de estabelecimento: _____

Fone do estabelecimento: _____ Fone para contato (cadastrador): _____

E-mail do estabelecimento: _____

E-mail para contato (cadastrador): _____

O ESTABELECIMENTO/PROFISSIONAL DE SAÚDE, acima identificado, vem em atenção as Portarias da Secretaria de Atenção à Saúde nº 511, de 29 de dezembro de 2000 e nº 134, de 4 de abril de 2011, apresentar o conjunto de *Fichas Cadastrais de Estabelecimento de Saúde*, acompanhada da documentação necessária e/ou afim, **constituído de ___ folhas**, para inserção no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

Os Gestores Responsáveis pelo cadastramento ficam, desde já, autorizados a efetuar “in loco” a verificação do estabelecimento/profissional de Saúde, para validar as informações prestadas, assim como confirmar a veracidade e legalidade dos mesmos, inclusive mediante a solicitação de informações a quaisquer entes/entidades mencionados.

O Estabelecimento/Profissional de Saúde acima declara **ainda que:**

- (1) permanece à disposição dos Gestores Responsáveis para esclarecimentos de quaisquer dúvidas ou contradições nos documentos e, caso venha a ser cadastrado no CNES, se sujeita a confirmação de quaisquer informações prestadas.
- (2) informará a ocorrência ou existência de qualquer fato que possa ou venha a alterar, comprometer ou prejudicar seu respectivo cadastro no CNES;
- (3) todas as informações, declarações e documentos fornecidos neste ato, ora acostados, **são completos, verdadeiros e precisos**, tendo sido obtidos por meios idôneos e lícitamente para os fins a que se destinam; e
- (4) tem pleno conhecimento de que constatada a inconsistência e/ou inconformidade de informações, declarações e documentos fornecidos, os Gestores Responsáveis pelo cadastramento comunicarão o Estabelecimento/profissional para proceder a correção. Decorridos 30 dias da constatação da inconsistência e/ou inconformidade de informações o Ministério da Saúde cancela automaticamente o cadastro do estabelecimento/profissional de Saúde no CNES tendo que iniciar novo processo de cadastramento.

O preenchimento do telefone e e-mail para contato são essenciais e obrigatórios para que se permita a correção dos cadastros e im peça seu cancelamento.

**Assinatura do Responsável Legal do
Estabelecimento ou preposto**

Recebido em ____/____/____, às
____:____ horas

Por _____
(assinatura e carimbo do servidor público,
cargo e matrícula)

Observação: o cadastrador poderá ser empresa ou profissional contratado pelo estabelecimento com a finalidade de inserção, manutenção e/ou atualização do cadastro de estabelecimentos e seus profissionais.