

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
<i>CNES</i>	<i>Nome Fantasia do Estabelecimento</i>
<b>2707462</b>	<b>CEO SUDOESTE</b>
<i>TIPO DO ESTABELECIMENTO</i>	
<b>36-CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE</b>	

**INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA**

<i>Urgência/Emergência</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Leitos/Equipos</i>
09-ODONTOLOGIA	3	3
<i>Ambulatório</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Leitos/Equipos</i>
23-ODONTOLOGIA	4	4
<i>Hospitalar - Centro Cirúrgico</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Leitos/Equipos</i>
<i>Hospitalar - Centro Obstétrico</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Leitos/Equipos</i>

**SERVIÇOS DE APOIO**

04-CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	Próprio e Terceirizado
01-SAME OU SPP-SERVICO DE PRONTUARIO DE PACIENTE	Próprio
09-SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	Próprio

**SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**

- 114-SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL / 001-DENTISTICA  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 114-SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL / 003-PERIODONTIA CLINICA  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 114-SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL / 005-CIRURGIA ORAL  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 114-SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL / 007-ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIENCIA  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 121-SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM / 001-RADIOLOGIA  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 123-SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE / 007-OPM EM ODONTOLOGIA  
Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio  
Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO
- 157-SERVICO DE LABORATORIO DE PROTESE DENTARIA / 001-LABORATORIO REGIONAL DE PROTESE DENTARIA  
Ambulatorial SUS / Tipo : Terceirizado - CNES Terceiro : 7181744

**Comissões e Outros**

<i>Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade</i>	<i>Data</i>
<i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS</i>	<i>Data</i>