



Dados Operacionais

Inclusão

Alteração

Exclusão

Módulo Básico – Identificação Principal

CNES **Tipo de Estabelecimento**

Subtipo de Estabelecimento

CNPJ/ CPF **CNPJ da Mantenedora**

Nome Empresarial

Nome Fantasia

Logradouro **Número**

Complemento **Bairro** **CAMPINAS**

CEP **Distrito de Saúde** **Telefone**

Fax **Possui Internet ?** **Sim** **Não**

E-mail

Gerente/ Administrador / Diretor Clínico

Licenciamento Sanitário

Tipo Licenciamento: **Número Documento:**

Vigilância Sanitária: **Data Expedição:** **Data Validade:**

Dados Bancários

Cód. Banco: **Nome Banco:**

Cód. Agência: **Nome Agência:** **Conta Corrente:**

Representante Legal

Nome: **CPF:** **Cargo:**

Informações para Desativação do Estabelecimento

Data Desativação: **Motivo Desativação:**

Data, Assinatura e Carimbo do Cadastrador	Data, Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Estabelecimento	Data, Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS
--	---	--