



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	
Abrangência de atuação			Possui Internet ?	Sim Não
E-mail				
URL				
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
--	---	--