



Dados Operacionais

Inclusão

Alteração

Exclusão

CNES

Nome Estabelecimento

Vinculação dos Pontos de Telessaúde

CNES

Nome Fantasia

Nome do Município

UF

Organizações Parceiras

CNPJ

CNES

Nome da Organização Parceira

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

Município

UF

CEP

Telefone

FAX

Email

Site

**Data, Assinatura e Carimbo
do Cadastrador**

**Data, Assinatura e Carimbo
do Responsável pelo Estabelecimento**

**Data, Assinatura e Carimbo
do Gestor Municipal do SUS**