



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

Área de Atuação se Telessaúde

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**