

DADOS OPERACIONAIS —→ INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

| | | | |
|----|-----------|---|--|
| PF | CNES | Tipo de Estabelecimento 22 - CONSULTORIO ISOLADO | Identificador da Situação do Estabelecimento |
| PJ | X 0609323 | Sub-Tipo de Estabelecimento | <input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido → <input type="checkbox"/> Terceiros |

Nome Empresarial

LOURDES GARCIA DE CASTRO OLIVEIRA LTDA

Nome Fantasia

UNIAO ODONTOLOGIA

Logradouro

R PROF ANISIO GONCALVES MARECO

Número

29

Complemento

Bairro

CAMPO GRANDE

Nome do Município

SAO PAULO

CEP

04447027

Cód. Município

355030

UF

SP

R. Saúde

Microrregião

D. Sanit.

Mód. Assist.

Telefone

11 25744787

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

36.648.250/0001-80

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

224-0 - SOCIEDADE DE SIMPLES LIMITADA

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

| | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Atendimento Prestado | SUS | Particular | Plano de Saúde Público | Plano de Saúde Privado | Gestão | Estadual | Municipal |
| Internação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atenção Básica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atendimento Ambulatorial | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Média Complexidade | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| SADT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Internação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urgência/Emergência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta Complexidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Vigilância em Saúde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Regulação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Fluxo da Clientela | | | | | | | |
| 01-A-TENDIMENTO DE DEMANDA | | | | | | | |

TURNO DE ATENDIMENTO

03-ATENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

VÍNCULO COM O SUS

No. Contrato/Convênio - Municipal

Data da Publicação

No. Contrato/Convênio - Estadual

Data da Publicação

Conta-corrente

Banco

Agência

Número

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará

Órgão Expeditor

LICENCA INICIAL VS

 SES SMS

| | | | |
|--|------|---|------|
| Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a) | Data | Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade | Data |
| Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS | Data | Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS | Data |