

Tipo : Estabelecimento Origem : Distrito Sanitário Destino : Estabelecimento

Data e Hora de geração da exportação : 06/07/2022 15:53

Nome do Arquivo : CNESESP3550300607202215530620224380.bck

Município : 355030 - SAO PAULO - SP

ESTABELECIMENTO(S) EXPORTADO(S) NESTE ARQUIVO :**CNES**

0040649 - HAPPYRISO SERVICOS ODONTOLOGICOS

TOTAL : 1

DADOS OPERACIONAIS → INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO ☐ EXCLUSÃO ☐

IDENTIFICAÇÃO

PF ☐ CNES 0040649
 PJ ☒ X

Tipo de Estabelecimento
 36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE

Sub-Tipo de Estabelecimento
 009 - OUTROS

Identificador da Situação do Estabelecimento
☒ Individual
☐ Mantido
☐ Terceiros

Nome Empresarial
 HAPPYRISO CLINICA E SERVICOS ODONTOLOGICOS LTDA

Nome Fantasia
 HAPPYRISO SERVICOS ODONTOLOGICOS

Lugradouro
 AV GUSTAVO ADOLFO

Número
 2903

Complemento
 SLJ A

Beiró
 VILA GUSTAVO

Nome do Município
 SAO PAULO

CEP
 02209001

Cód. Município 355030 UF SP R Saúde Microrregião D. Sanit. Mód. Assist. Telefone

FAX E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO 33.654.879/0001-44
 CNPJ DA MANTENEDORA Possui Internet ☒ Sim ☐ Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica
 206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Atividade de Ensino/Pesquisa
 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Internação	☐	☐	☐	☐
Atendimento Ambulatorial	☐	☒	☐	☒
SADT	☐	☐	☐	☐
Urgência/Emergência	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde	☐	☐	☐	☐
Regulação	☐	☐	☐	☐

Gestão	Estadual	Municipal
Atenção Básica	☐	☐
Média Complexidade	☐	☒
Internação	☐	☐
Alta Complexidade	☐	☐

Fluxo da Clientela
 03-ATENDIMENTO 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 E20220007631 Data de Expedição 10/05/2022 Órgão Expeditor ☐ SES ☒ SMS

DADOS DO PROFISSIONAL

CPF	Cad. CNS	Nome do Profissional
128.582.848-81	703400093987000	MONIR AHMAD BADREDDINE

IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

Nome da Mãe					
Nome do Pai					
Data de Nascimento	Município de Nascimento	UF	Sexo	Raça / Cor	
			☐ M ☐ F		
Certidão Tipo	Nome do Cartório				
Livro	Fis	Termo	Data de Emissão	No. Identidade	
UF	Órgão Emissor	Data de Emissão	Nacionalidade	País de Origem	
Data de Entrada no Brasil	Data de Naturalização	No. da Portaria	PIS / PASEP		
CTPS Número	Série	UF	Data de Emissão	Escolaridade	
Tipo Logradouro	Logradouro				
Número	Complemento	Bairro / Distrito			
Município de Residência			Código	UF	CEP
Telefone					
E-mail					
CONTA-CORRENTE					
Banco	Agência	Número			

DADOS DO ESTABELECIMENTO

CNES	Nome fantasia do Estabelecimento				
0040649	HAPPYRISO SERVICOS ODONTOLOGICOS				
CBQ/Especialidade	Atend. SUS	Carga Horária Semanal			
223208-CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL	NÃO	Amb.	40	Hosp.	0
Registro no Conselho de Classe	Órgão Emissor	UF			
063793	75-ODONTOLOGIA CONSELHO REGIONAL	SP			
Forma de Contratação com o Estabelecimento	Forma de Contratação com o Empregador				
02 - AUTONOMO	09 - PESSOA JURIDICA				
Detalhamento de Forma de Contratação	CNPJ do Detalhamento da Forma de Contratação				
00 - NAO SE APLICA	33.654.879/0001-44				