

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SCNES	Página: 1
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle		Data: 14/02/2023
DATASUS	Módulo Básico	Hora: 14:38
Competência: 01/2023	MARCELO YUZO SATO	Versão: 4.4.50

DADOS OPERACIONAIS	INCLUSÃO	ALTERAÇÃO	EXCLUSÃO
--------------------	----------	-----------	----------

IDENTIFICAÇÃO	Identificador da Situação do Estabelecimento
PF <input checked="" type="checkbox"/> CJ <input type="checkbox"/> PJ <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Individual
CNES 4099389	<input type="checkbox"/> Mantido
Tipo de Estabelecimento 22 - CONSULTÓRIO ISOLADO	<input type="checkbox"/> Terceiros
Sub-Tipo de Estabelecimento	

Nome Empresarial	MARCELO YUZO SATO
------------------	-------------------

Nome Fantasia	MARCELO YUZO SATO
---------------	-------------------

Logradouro	RUA PROFESSOR DUPLAN	Número	55
------------	----------------------	--------	----

Complemento	S 303	Bairro	RIO BRANCO
-------------	-------	--------	------------

Nome do Município	PORTO ALEGRE	CEP	90420030
-------------------	--------------	-----	----------

Cód.Município	UF	R.Saúde	Microregião	D.Sanit.	Mód.Assist.	Telefone
431490	RS					(51) 99830-7679

FAX	E-Mail
	drmarcelosato@yahoo.com.br

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO	CNPJ DA MANTENEDORA	Possui Internet
296.446.858-30		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CARACTERIZAÇÃO	Gestão		
Natureza Jurídica	Estadual	Municipal	
400-0 - PESSOAS FISICAS	Atenção Básica	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Atividade de Ensino/Pesquisa	Média Complexidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Atendimento Prestado	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluxo da Clientela	01-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	Data de Expedição	Órgão Expeditor
		<input type="checkbox"/> SES <input type="checkbox"/> 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