

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SCNES	Página: 1
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle			Data: 21/05/2024
DATASUS		Módulo Básico	Hora: 08:40
Competência: 05/2024	AC ODONTOLOGIA - CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO		Versão: 4.5.80

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

IDENTIFICAÇÃO		Identificador da Situação do Estabelecimento	
PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual
PJ	4646924	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	<input type="checkbox"/> Mantido
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Terceiros
		009 - OUTROS	

Nome Empresarial	AC ODONTOLOGIA - CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO LTDA
------------------	--

Nome Fantasia	AC ODONTOLOGIA - CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO
---------------	---

Logradouro	ZACARIAS DE GOES	Número	516
------------	------------------	--------	-----

Complemento	Bairro	VILA BOAVENTURA
-------------	--------	-----------------

Nome do Município	CEP	JUNDIAI	13201800
-------------------	-----	---------	----------

Cód.Município	UF	R.Saúde	Microregião	D.Sanit.	Mód.Assist.	Telefone
352590	SP	0207				11 95024767

FAX	E-Mail	ARIANEDOPORTOSOUZA@GMAIL.COM
-----	--------	------------------------------

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO	CNPJ DA MANTENEDORA	Possui Internet
53.401.448/0001-83		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CARACTERIZAÇÃO		Gestão		
Natureza Jurídica		Estadual	Municipal	
206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA		Atenção Básica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Atividade de Ensino/Pesquisa		Média Complexidade	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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		03-ATENDIMENTO DE DEMANDA		

TURNO DE ATENDIMENTO	04-ATENDIMENTO NOS TURNOS DA MANHA, TARDE E NOITE
----------------------	---

VÍNCULO COM O SUS		Data da Publicação	
No. Contrato/Convênio - Municipal			
No. Contrato/Convênio - Estadual		Data da Publicação	
Conta-corrente		Número	
Banco	Agência		

VIGILÂNCIA SANITÁRIA		Órgão Expeditor	
No. do Alvará		SES <input type="checkbox"/> SMS <input checked="" type="checkbox"/>	
352590401-863-002938-1-4		Data de Expedição	
		09/05/2024	

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