

DADOS OPERACIONAIS —→	INCLUSÃO <input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/>	EXCLUSÃO <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

IDENTIFICAÇÃO

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

Nome do Município

JUNDIAI

CEP

13201800

Cód.Município

352590

UF

SP

R.Saúde

0207

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

11 95024767

FAX

E-Mail

ARIANEDOPORTOSOUZA@GMAIL.COM

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

53.401.448/0001-83

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Internação

Alta Complexidade

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

TURNO DE ATENDIMENTO

04-A ATENDIMENTO NOS TURNOS DA MANHA, TARDE E NOITE

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

352590401-863-002938-1-4

Data de Expedição

09/05/2024

Órgão Expedito

 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