

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle DATASUS Competência: 06/2023	SCNES Módulo Básico 157C000 - ODONTO DENT S	Página: 1 Data: 26/06/2023 Hora: 09:27 Versão: 4.4.90
---	--	--

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

IDENTIFICAÇÃO		Identificador da Situação do Estabelecimento <input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
PF <input type="checkbox"/> PJ <input checked="" type="checkbox"/>	CNES 4225376	Tipo de Estabelecimento 36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE Sub-Tipo de Estabelecimento 009 - OUTROS

Nome Empresarial ODONTO DENT S CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

Nome Fantasia ODONTO DENT S

Logradouro RUA JOAO GONCALVES	Número 130
----------------------------------	---------------

Complemento	Bairro CENTRO
-------------	------------------

Nome do Município GUARULHOS	CEP 07010010
--------------------------------	-----------------

Cód.Município 351880	UF SP	R.Saúde	Micro região	D.Sanit.	Mód.Assist.	Telefone (11) 3628-9852
-------------------------	----------	---------	--------------	----------	-------------	----------------------------

FAX (11) 3628-9851	E-Mail joao_maciel@uol.com.br
-----------------------	----------------------------------

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO 50.532.659/0001-67	CNPJ DA MANTENEDORA	Possui Internet <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---------------------	---

CARACTERIZAÇÃO																																									
Natureza Jurídica 206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA	Gestão <table style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Estadual</th> <th style="text-align: center;">Municipal</th> </tr> <tr> <td>Atenção Básica</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Média Complexidade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Internação</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alta Complexidade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Estadual	Municipal	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
	Estadual	Municipal																																							
Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE																																									
<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">Atendimento Prestado</th> <th>SUS</th> <th>Particular</th> <th>Plano de Saúde Público</th> <th>Plano de Saúde Privado</th> </tr> <tr> <td>Internação</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Atendimento Ambulatorial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SADT</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Urgência/Emergência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vigilância em Saúde</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Regulação</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Atendimento Prestado	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"/>
Atendimento Prestado	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-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	Data de Expedição	Órgão Expeditor <input type="checkbox"/> SES <input checked="" type="checkbox"/> SMS

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