

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SCNES	Página: 1
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle			Data: 10/09/2021
DATASUS	Módulo Básico		Hora: 10:32
Competência: 08/2021	OZONCLINIC ODONTOLOGIA E ESTETICA INTEGRADA		Versão: 4.3.10

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

IDENTIFICAÇÃO		Identificador da Situação do Estabelecimento
PF	PJ	X
CNES 0890006		<input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
Tipo de Estabelecimento 22 - CONSULTÓRIO ISOLADO		
Sub-Tipo de Estabelecimento		

Nome Empresarial	ALBA CARINA FERREIRA VIANA
------------------	----------------------------

Nome Fantasia	OZONCLINIC ODONTOLOGIA E ESTETICA INTEGRADA
---------------	---

Logradouro	FREDERICO CAMPOS	Número	780
------------	------------------	--------	-----

Complemento	Bairro	SETOR CENTRAL
-------------	--------	---------------

Nome do Município	CATALAO	CEP	75701410
-------------------	---------	-----	----------

Cód. Município	UF	R. Saúde	Micro região	D. Sanit.	Mód. Assist.	Telefone
520510	GO	007				64 81457994

FAX	E-Mail
	odontofaces@gmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO	CNPJ DA MANTENEDORA	Possui Internet
34.769.222/0001-95		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CARACTERIZAÇÃO		Gestão																																									
Natureza Jurídica		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		Fluxo da Clientela																																									
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE		03-ATENDIMENTO DE DEMANDA																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Atendimento Ambulatorial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SADT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Urgência/Emergência</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vigilância em Saúde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Regulação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><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"/>																																							

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