

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

IDENTIFICAÇÃO

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

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 520510	UF GO	R.Saúde 007	Microrregião	D.Sanit.	Mód.Assist.	Telefone 64 81457994
-------------------------	----------	----------------	--------------	----------	-------------	-------------------------

FAX	E-Mail odontoefaces@gmail.com
-----	----------------------------------

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

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica --	Gestão
	Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/>
	Atenção Básica <input type="checkbox"/>
	Média Complexidade <input type="checkbox"/> X
	Internação <input type="checkbox"/>
	Alta Complexidade <input type="checkbox"/>

Atendimento Prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado	Fluxo da Clientela 03-ATENDIMENTO DE DEMANDA
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atendimento Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	
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	Data da Publicação
-------------------	--------------------

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
--	------	---	------