

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

IDENTIFICAÇÃO		Identificador da Situação do Estabelecimento
PF	PJ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
CNES 4209133		
Tipo de Estabelecimento 36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE		
Sub-Tipo de Estabelecimento 009 - OUTROS		

Nome Empresarial	SOCIEDADE INSTITUTO CURADOS PARA CURAR
------------------	--

Nome Fantasia	INSTITUTO CURADOS PARA CURAR
---------------	------------------------------

Logradouro	RUA T 30	Número	S/N
------------	----------	--------	-----

Complemento	QD 09 LT 13	Bairro	SETOR BUENO
-------------	-------------	--------	-------------

Nome do Município	GOIANIA	CEP	74210060
-------------------	---------	-----	----------

Cód.Municipio	UF	R.Saúde	Microregião	D.Sanit.	Mód.Assist.	Telefone
520870	GO					6236375198

FAX	E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO	CNPJ DA MANTENEDORA	Possui Internet
30.004.545/0001-37		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CARACTERIZAÇÃO																
Natureza Jurídica	Gestão															
399-9 - ASSOCIACAO PRIVADA	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Estadual</td> <td style="text-align: center;">Municipal</td> </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	Fluxo da Clientela															
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA															
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 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-A TENDIMENTOS 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
345076	26/03/2024	<input type="checkbox"/> SES <input checked="" 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