

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	9992596	74 - POLO ACADEMIA DA SAUDE	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

ACADEMIA DE SAUDE DE GRAJAU

Logradouro

RUA DAS VERBENIAS

Número

01

Complemento

Bairro

CANOEIRO COHAB

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

SNSGRAJAU@HOTMAIL.COM

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	0771031	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		009 - OUTROS	

Nome Empresarial
BIOCENTRO LTDANome Fantasia
BIOCENTROLogradouro
DUQUE DE CAXIASNúmero
151

Complemento

Bairro
CANOEIRONome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone
86 99680110

FAX

E-Mail
contabilidade@grupobiocentro.comCNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO
18.746.153/0006-52

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica
206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Gestão

Atividade de Ensino/Pesquisa
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DEEstadual Municipal

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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 DEMANDATURNO 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
001Agência
05681Número
67563

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará
VISAData de Expedição
01/01/2024Órgão Expeditor
 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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2856042	43 - FARMACIA	
Sub-Tipo de Estabelecimento			<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICÍPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

CAF GRAJAU

Logradouro

RUA DAS VERBENIAS

Número

S/N

Complemento

Bairro

CANOEIRO COHAB

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód. Município

210480

UF

M

R. Saúde

16

Microrregião

D. Sanit.

Mód. Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICÍPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
PORTARIA	09/03/2022	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	6014445	70 - CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
		002 - CAPS II	<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DE GRAJAU CAPS

Logradouro

RUA BELA VISTA

Número

S/N

Complemento

Bairro

RODOVIARIO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

0016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462745	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual <input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			Terceiros <input type="checkbox"/>

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

CENTRO DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAIS DR ITAMAR GUARA

Logradouro

RUA DAS VERBENIAS

Número

S/N

Complemento

COHAB

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
ALVARA	01/01/2020	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	7594380	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual
		007 - CEO-II	<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS DE GRAJAU

Logradouro

RUA HUMBERTO DE CAMPOS

Número

18

Complemento

A

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	6888755	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual
		002 - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER-II)	<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO ITAMAR DANTAS CER II

Logradouro

RUA DAS VERBENIAS

Número

S/N

Complemento

COHAB

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

9935329824

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	4150007	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		009 - OUTROS	

Nome Empresarial

J. C. BARROS PESSOA

Nome Fantasia

CLINICA PESSOA

Logradouro

AMARAL RAPOSO

Número

721

Complemento

Bairro

RODOVIARIA

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

99 91776990

FAX

E-Mail

contabilidade1997@outlook.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

09.016.863/0001-21

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
001	05681
	Número
	05681

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará	Data de Expedição	Órgão Expeditor
3274	01/01/2024	<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

DADOS OPERACIONAIS → INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	PJ	X	CNES 0710172	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
P Q G OLIVEIRA SERVICOS MEDICOS EIRELI

Nome Fantasia
CLINICA POPULAR DA FAMILIA

Logradouro
RAIMUNDO JORGE Número
31

Complemento Bairro
CANOEIRO

Nome do Município
GRAJAU CEP
65940000

Cód.Município 210480	UF M	R.Saúde	Microregião	D.Sanit.	Mód.Assist.	Telefone 99 81563219
-------------------------	---------	---------	-------------	----------	-------------	-------------------------

FAX E-Mail
essencialgrajau@gmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO
23.777.975/0001-26 CNPJ DA MANTENEDORA Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA	Gestão <table style="width: 100%;"> <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 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE																																									
Atendimento Prestado <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>SUS</td> <td>Particular</td> <td>Plano de Saúde Público</td> <td>Plano de Saúde Privado</td> </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 checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SADT</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" 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>		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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SADT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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
	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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
SADT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 001	Agência 05681
Número 34043X	

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará ALVARA 016/2022	Data de Expedição 01/01/2024	Órgão Expeditor <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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	0639435	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		009 - OUTROS	

Nome Empresarial

R W MEDICINA LABORATORIAL LTDA

Nome Fantasia

CLINILAB DIAGNOSTICOS

Logradouro

FILINTRO SANTOS

Número

116

Complemento

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

99 35329043

FAX

E-Mail

accontcontabilidade@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

08.111.948/0001-26

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
237	0723
Número	125709

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará	Data de Expedição	Órgão Expeditor
ALVARA 004/2021	04/01/2024	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF <input checked="" type="checkbox"/>	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input type="checkbox"/>	7136862	22 - CONSULTORIO ISOLADO	<input checked="" type="checkbox"/> Individual
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

CONSULTORIO ODONTOLOGICO

Nome Fantasia

CONSULTORIO ODONTOLOGICO DR FRANKLIN NETO COSTA FRAZAO

Logradouro

RUA VICENTE SANTANA

Número

67

Complemento

Bairro

CENTRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

9935326140

FAX

E-Mail

franklinfrazao@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

104.452.003-59

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

400-0 - PESSOAS FISICAS

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

TURNO DE ATENDIMENTO

05-A TENDIMENTO COM TURNOS INTERMITENTES

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
126	18/04/2012	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	4584201	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		Sub-Tipo de Estabelecimento	

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

CTA SAE GRAJAU

Logradouro

RUA DAS VERBENIAS

Número

SN

Complemento

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

SMSGRAJAU@HOTMAIL.COM

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
PORTARIA1	15/04/2024	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	2462621	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual
		009 - OUTROS	<input type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

ENDOGASTRO CLINICA LTDA

Nome Fantasia

ENDOGASTRO CLINICA

Logradouro

AV ANTONIO TELES

Número

718

Complemento

A

Bairro

RODOVIARIO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

03.367.716/0001-10

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
001	05681
Número	00000000033200

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará	Data de Expedição	Órgão Expeditor
005	01/01/2024	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	2462729	07 - HOSPITAL ESPECIALIZADO	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		005 - MATERNIDADE	

Nome Empresarial

HOSPITAL SANTA NEUSA LTDA

Nome Fantasia

HOSPITAL SANTA NEUSA LTDA

Logradouro

AV HILTON NUNES

Número

784

Complemento

Bairro

RODOVIARIO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

(98)05326723

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

12.158.614/0001-85

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

TURNO DE ATENDIMENTO

06-A TENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS)

VÍNCULO COM O SUS

No. Contrato/Convênio - Municipal	Data da Publicação	
No. Contrato/Convênio - Estadual	Data da Publicação	
Conta-corrente		
Banco	Agência	Número
001	05681	50466

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará	Data de Expedição	Órgão Expeditor
212-PRD	18/05/2010	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	9217932	05 - HOSPITAL GERAL	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

S M RODRIGUES PESSOA EIRELI

Nome Fantasia

HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS

Logradouro

DOM ROBERTO COLOMBO

Número

05

Complemento

LETRA H

Bairro

CENTRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

99 35320000

FAX

E-Mail

acconcontabilidade@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

18.202.277/0001-62

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

TURNO DE ATENDIMENTO

06-A TENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS)

VÍNCULO COM O SUS

No. Contrato/Convênio - Municipal	Data da Publicação
No. Contrato/Convênio - Estadual	Data da Publicação
Conta-corrente	
Banco	Agência
104	3690
Número	7655

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará	Data de Expedição	Órgão Expeditor
ALVARA 037/2024	01/01/2024	<input checked="" 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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	5280729	80 - LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
		004 - LABORATORIO MUNICIPAL	<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

LABORATORIO ITAMAR GUARA

Logradouro

RUA DAS VERBENIAS

Número

S/N

Complemento

COHAB

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

saudegrajau@bol.com.br

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	7731523	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual
		009 - OUTROS	<input type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

PADRAO CONS ODONTOLOGICO E LAB DE PROTESE DENTARIA

Nome Fantasia

PADRAO

Logradouro

RUA MANOEL SOUSA LIMA

Número

106

Complemento

Bairro

RODOVIARIO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

15.634.048/0001-29

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
084	0299	82-3

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará	Data de Expedição	Órgão Expeditor
ALVARA	01/01/2024	<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

DADOS OPERACIONAIS -> INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO
PF PJ X
CNES 0549622
Tipo de Estabelecimento 36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE
Sub-Tipo de Estabelecimento 009 - OUTROS
Identificador da Situação do Estabelecimento: Individual (checked), Mantido, Terceiros

Nome Empresarial: BARROS FALCAO LTDA

Nome Fantasia: POLICLINICA BIOLAB

Logradouro: AMARAL RAPOSO Número: 272

Complemento: Bairro: RODOVIARIO

Nome do Município: GRAJAU CEP: 65940000

Cód.Município: 210480 UF: M R.Saúde: 016 Microregião: D.Sanit.: Mód.Assist.: Telefone: 99 35326410

FAX: E-Mail: drogaria.lucas@bol.com.br

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO: 10.998.095/0001-38 CNPJ DA MANTENEDORA: Possui Internet: Sim (checked), Não

CARACTERIZAÇÃO
Natureza Jurídica: 206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA
Atividade de Ensino/Pesquisa: 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE
Atendimento Prestado: SUS, Particular, Plano de Saúde Público, Plano de Saúde Privado
Gestão: Estadual, Municipal
Atenção Básica, Média Complexidade, Internação, Alta Complexidade
Fluxo da Clientela: 01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

TURNO DE ATENDIMENTO: 03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

VÍNCULO COM O SUS
No. Contrato/Convênio - Municipal, Estadual
Conta-corrente: Banco: 001 Agência: 05681 Número: 314722

VIGILÂNCIA SANITÁRIA
No. do Alvará: 202000073 Data de Expedição: 01/01/2024 Órgão Expeditor: SES, SMS (checked)

Table with 4 columns: Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a), Data, Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade, Data. Rows for Gestor Municipal do SUS and Gestor Estadual do SUS.

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	7398050	72 - UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual
		003 - POLO BASE TIPO I - SEDE	<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

POLO BASE DE GRAJAU

Nome Fantasia

POLO BASE DE GRAJAU

Logradouro

AV HILTON NUNES

Número

1

Complemento

Bairro

RODOVIARIO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

00.394.544/0106-52

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica	Gestão	Estadual	Municipal
101-5 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO FEDERAL	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Atividade de Ensino/Pesquisa	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	9770089	36 - CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		009 - OUTROS	

Nome Empresarial
SILVA E GONCALVES LTDA

Nome Fantasia
PREVEN MEDICINA DO TRABALHO

Logradouro
AMARAL RAPOSO

Número
834

Complemento
ROD BR 226 A

Bairro
CANOEIRO

Nome do Município
GRAJAU

CEP
65940000

Cód.Município
210480

UF
M

R.Saúde
16

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone
99 35251220

FAX

E-Mail
minascontabil-ma@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO
22.009.689/0001-58

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica
206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Gestão

	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

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 checked="" 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"/>

Fluxo da Clientela
03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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 001	Agência 05541
	Número 860662

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará ALVARA SANITARIO 030/2024	Data de Expedição 01/01/2024	Órgão Expeditor <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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	6933270	42 - UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

SAMU 192 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA GRAJAU MA

Logradouro

RUA DAS VERBENAS

Número

S/N

Complemento

COHAB

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

samugrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

TURNO DE ATENDIMENTO

06-A TENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS)

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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	6967817	42 - UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			Terceiros

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
SAMU 192 SUPORTE BASICO DE VIDA I GRAJAU MALogradouro
RUA DAS VERBENIASNúmero
S/NComplemento
COHABBairro
CANOEIRONome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail
smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			

TURNO DE ATENDIMENTO
06-A TENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS)

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

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

IDENTIFICAÇÃO		<i>Identificador da Situação do Estabelecimento</i>
PF	PJ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Individual
CNES 6967949		<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
Tipo de Estabelecimento 42 - UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE		<input type="checkbox"/> Terceiros
Sub-Tipo de Estabelecimento		

<i>Nome Empresarial</i>	MUNICIPIO DE GRAJAU
-------------------------	---------------------

<i>Nome Fantasia</i>	SAMU 192 SUPORTE BASICO DE VIDA II GRAJAU MA
----------------------	--

<i>Logradouro</i>	RUA DAS VERBENIAS	<i>Número</i>	S/N
-------------------	-------------------	---------------	-----

<i>Complemento</i>	COHAB	<i>Bairro</i>	CANOEIRO
--------------------	-------	---------------	----------

<i>Nome do Município</i>	GRAJAU	<i>CEP</i>	65940000
--------------------------	--------	------------	----------

<i>Cód.Município</i>	<i>UF</i>	<i>R.Saúde</i>	<i>Microregião</i>	<i>D.Sanit.</i>	<i>Mód.Assist.</i>	<i>Telefone</i>
210480	M	16				

<i>FAX</i>	<i>E-Mail</i>
	smsgrajau@hotmail.com

<i>CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO</i>	<i>CNPJ DA MANTENEDORA</i>	<i>Possui Internet</i>
	06.377.063/0001-48	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

CARACTERIZAÇÃO																																											
<i>Natureza Jurídica</i>	124-4 - MUNICIPIO	<i>Gestão</i>	<i>Estadual</i> <i>Municipal</i>																																								
<i>Atividade de Ensino/Pesquisa</i>	04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																								
<i>Atendimento Prestado</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>SUS</td> <td>Particular</td> <td>Plano de Saúde Público</td> <td>Plano de Saúde Privado</td> </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 checked="" 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>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 checked="" 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>		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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urgência/Emergência	<input checked="" 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"/>	Média Complexidade	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Urgência/Emergência	<input checked="" 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"/>																																							
		Internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																								
		Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																								
		<i>Fluxo da Clientela</i>	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA																																								

TURNO DE ATENDIMENTO	06-A TENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS)
-----------------------------	--

VÍNCULO COM O SUS	
<i>No. Contrato/Convênio - Municipal</i>	<i>Data da Publicação</i>
<i>No. Contrato/Convênio - Estadual</i>	<i>Data da Publicação</i>
<i>Conta-corrente</i>	
<i>Banco</i>	<i>Agência</i>
<i>Número</i>	

VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
<i>No. do Alvará</i>	<i>Data de Expedição</i>	<i>Órgão Expeditor</i>
		<input type="checkbox"/> SES <input type="checkbox"/> SMS

<i>Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade</i>	<i>Data</i>
<i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS</i>	<i>Data</i>

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	6967957	42 - UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE	<input type="checkbox"/> Individual
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
SAMU 192 SUPORTE BASICO DE VIDA III GRAJAU MALogradouro
RUA DAS VERBENIASNúmero
S/NComplemento
COHABBairro
CANOEIRONome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail
smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			

TURNO DE ATENDIMENTO
06-A TENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS)

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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	6533264	68 - CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		Sub-Tipo de Estabelecimento	
		003 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE (SMS)	

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE GRAJAU

Logradouro

RUA DAS VERBENIAS

Número

01

Complemento

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

99-35329824

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	5353629	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS ALODI CAMARA LEDA MANGUEIRA

Logradouro

RUA LEAO FIGUEREDO

Número

S/N

Complemento

MANGUEIRA

Bairro

RODOVIARIO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	2462796	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS ALTO DO COCO

Logradouro

RUA DO POSTO

Número

S/N

Complemento

Bairro

POVOADO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

(99) 5326207

FAX

E-Mail

dulce2002@uol.com.br

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	4620429	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		Sub-Tipo de Estabelecimento	

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
UBS ANDARAILLogradouro
POVOADO ANDARAILNúmero
SN

Complemento

Bairro
ZONA RURALNome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
16

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT			
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			
	Fluxo da Clientela	01-ATENDIMENTO DE DEMANDA	

TURNO DE ATENDIMENTO
03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

No. Contrato/Convênio - Municipal	Data da Publicação
No. Contrato/Convênio - Estadual	Data da Publicação
Conta-corrente	
Banco	Agência
	Número

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará PORTARIA 1	Data de Expedição 03/05/2024	Órgão Expeditor <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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	5953472	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
UBS BELA ESTRELALogradouro
POVOADO BELA ESTRELANúmero
S/NComplemento
Bairro
ZONA RURALNome do Município
GRAJAUCEP
65940000

Cód.Município	UF	R.Saúde	Microregião	D.Sanit.	Mód.Assist.	Telefone
210480	M	016				

FAX
E-Mail
smsgrajau@hotmail.comCNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO
CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT			
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			
	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	

TURNO DE ATENDIMENTO
03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

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
 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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462648	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS BENJAMIM ALVES PESSOA

Logradouro

POV BREJO DO SITIO DO MEIO

Número

S/N

Complemento

Bairro

ZONA RURAL

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	6934153	01 - POSTO DE SAUDE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS BOA VISTA

Logradouro

POVOADO BOA VISTA

Número

S/N

Complemento

Bairro

ZONA RURAL

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462664	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		Sub-Tipo de Estabelecimento	

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS DR JOSE ROURICIO DE AGUIAR VASCONCELOS

Logradouro

RUA FRANCISCO BORGES

Número

836

Complemento

POV REMANSO

Bairro

CENTRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462672	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		Sub-Tipo de Estabelecimento	

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS DR LEONEL RODRIGUES BOGEA

Logradouro

BR 226

Número

S/N

Complemento

Bairro

POVOADO ALTO BRASIL

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2695960	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS EUNICE LIMA BRITO VILINHA

Logradouro

A V EDSON LOBAO

Número

S/N

Complemento

Bairro

VILINHA

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

()

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	6934196	72 - UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		002 - UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA (UBSI)	

Nome Empresarial

MINISTERIO DA SAUDE

Nome Fantasia

UBS INDIGENA BACURIZINHO

Logradouro

ALDEIA BACURIZINHO

Número

S/N

Complemento

Bairro

ZONA RURAL

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

00.394.544/0106-52

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

101-5 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO FEDERAL

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	6934234	72 - UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		002 - UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA (UBSI)	

Nome Empresarial

MINISTERIO DA SAUDE

Nome Fantasia

UBS INDIGENA BANANAL

Logradouro

ALDEIA BANANAL

Número

S/N

Complemento

Bairro

AREA INDIGENA

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

00.394.544/0106-52

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

101-5 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO FEDERAL

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	6934226	72 - UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		002 - UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA (UBSI)	

Nome Empresarial

MINISTERIO DA SAUDE

Nome Fantasia

UBS INDIGENA IPU

Logradouro

ALDEIA OLHO DAGUA

Número

S/N

Complemento

Bairro

ZONA RURAL

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

00.394.544/0106-52

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

101-5 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO FEDERAL

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS -> INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO
PF [] PJ [X] CNES 6934188
Tipo de Estabelecimento 72 - UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA
Sub-Tipo de Estabelecimento 002 - UNIDADE BASICA DE SAUDE INDIGENA (UBSI)
Identificador da Situação do Estabelecimento: Individual Mantido [X] Terceiros

Nome Empresarial: MINISTERIO DA SAUDE

Nome Fantasia: UBS INDIGENA MORRO BRANCO

Logradouro: ALDEIA MORRO BRANCO Número: S/N

Complemento: Bairro: RESERVA INDIGENA

Nome do Município: GRAJAU CEP: 65940000

Cód.Município: 210480 UF: M R.Saúde: 16 Microregião: D.Sanit.: Mód.Assist.: Telefone:

FAX: E-Mail:

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO: CNPJ DA MANTENEDORA: 00.394.544/0106-52 Possui Internet: Sim Não

CARACTERIZAÇÃO
Natureza Jurídica: 101-5 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO FEDERAL
Atividade de Ensino/Pesquisa: 04-UNIDADE SEM A TIVIDADE DE
Atendimento Prestado: SUS, Particular, Plano de Saúde Público, Plano de Saúde Privado
Internação, Atendimento Ambulatorial, SADT, Urgência/Emergência, Outros, Vigilância em Saúde, Regulação
Gestão: Estadual, Municipal
Atenção Básica, Média Complexidade, Internação, Alta Co complexidade
Fluxo da Clientela: 01-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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: SES SMS

Table with 4 columns: Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a), Data, Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade, Data. Rows for Gestor Municipal do SUS and Gestor Estadual do SUS.

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	4313801	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		Sub-Tipo de Estabelecimento	

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS JOSE DE RIBAMAR SOUSA

Logradouro

SANTOS DUMONT

Número

SN

Complemento

Bairro

SANTOS DUMONT

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

SMSGRAJAU@HOTMAIL.COM

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
PORT1	28/07/2023	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462680	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS JOSE JUVENAL MENDES RIBEIRO

Logradouro

BR 226

Número

S/N

Complemento

Bairro

POVOADO SABONETE

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica	Gestão	Estadual	Municipal
124-4 - MUNICIPIO	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Atividade de Ensino/Pesquisa	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fluxo da Clientela	01-ATENDIMENTO DE DEMANDA	

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462613	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
UBS MARIA AMALIA TEIXEIRA JORGELogradouro
RUA FORTALEZANúmero
S/NComplemento
Bairro
POVOADO PEDRA DE PAUNome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone
(98)05326723FAX
E-Mail
smsgrajau@hotmail.comCNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO
CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT			
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			
	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	

TURNO DE ATENDIMENTO
03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462702	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		Sub-Tipo de Estabelecimento	

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
UBS MATUSALEMLogradouro
POVOADO MATUSALEMNúmero
S/NComplemento
Bairro
ZONA RURALNome do Município
GRAJAUCEP
65940000

Cód.Município	UF	R.Saúde	Microregião	D.Sanit.	Mód.Assist.	Telefone
210480	M	016				

FAX
E-MailCNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO
CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT			
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			
	Fluxo da Clientela	01-ATENDIMENTO DE DEMANDA	

TURNO DE ATENDIMENTO
03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	5953480	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS MUNDICO NASCIMENTO PONTO DA NEGA

Logradouro

POVOADO PONTO DA NEGA

Número

S/N

Complemento

Bairro

ZONA RURAL

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	7815476	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS NOVA TERRA

Logradouro

POVOADO NOVA TERRA

Número

01

Complemento

Bairro

ZONA RURAL

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462699	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS ORNILO MARTINS JORGE

Logradouro

POVOADO FLORES

Número

S/N

Complemento

Bairro

ZONA RURAL

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	5353610	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
UBS OTAVIO LIMA DE ARRUDALogradouro
RUA SAO JOAO BATISTANúmero
S/NComplemento
EXTREMABairro
EXTREMANome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail
smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT			
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			
	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	

TURNO DE ATENDIMENTO
03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2695979	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS RAIMUNDO NONATO A DIVINCULA DE BARROS

Logradouro

BR 226

Número

S/N

Complemento

Bairro

AEROPORTO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	2462737	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS SENADOR VITORINO FREIRE

Logradouro

RUA ANTONIO FRANCISCO DOS REIS

Número

S/N

Complemento

Bairro

CENTRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

(98)05326723

FAX

E-Mail

smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

01-ATENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	0842893	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros
		Sub-Tipo de Estabelecimento	

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS VALDIVINO SOUSA MATOS

Logradouro

VILA MILTON GOMES

Número

S/N

Complemento

Bairro

VILA MILTON GOMES

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica	Gestão	Estadual	Municipal
124-4 - MUNICIPIO	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Atividade de Ensino/Pesquisa	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	

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
ALVARA	29/07/2021	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	7745249	02 - CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial

PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAJAU

Nome Fantasia

UBS VILA TUCUM

Logradouro

VILA TUCUM

Número

0

Complemento

Bairro

CANOEIRO VILA TUCU

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
		<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	4583612	40 - UNIDADE MOVEL TERRESTRE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
		001 - UNIDADE MOVEL ODONTOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			Terceiros

Nome Empresarial

MUNICIPIO DE GRAJAU

Nome Fantasia

UNIDADE ODONTO MEDICA GRAJAU

Logradouro

RUA DAS VERBENIAS

Número

SN

Complemento

Bairro

CANOEIRO

Nome do Município

GRAJAU

CEP

65940000

Cód.Município

210480

UF

M

R.Saúde

16

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA

06.377.063/0001-48

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

124-4 - MUNICIPIO

Gestão

Estadual

Municipal

Atenção Básica

Média Complexidade

Internação

Alta Complexidade

Atividade de Ensino/Pesquisa

04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

Internação

Atendimento Ambulatorial

SADT

Urgência/Emergência

Outros

Vigilância em Saúde

Regulação

Fluxo da Clientela

03-A TENDIMENTO DE DEMANDA

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
PORTARIA 1	15/04/2024	<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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	4632877	73 - PRONTO ATENDIMENTO	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
		003 - UPA	<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial
MUNICÍPIO DE GRAJAUNome Fantasia
UPA GRAJAULogradouro
BR 226Número
SN

Complemento

Bairro
EXPOAGRANome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
16

Microregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICÍPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT			
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			
	Fluxo da Clientela	01-ATENDIMENTO DE DEMANDA	

TURNO DE ATENDIMENTO
06-A TENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS)

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 10/05/2024	Órgão Expeditor <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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	0145602	05 - HOSPITAL GERAL	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial
MUNICÍPIO DE GRAJAUNome Fantasia
UTI GRAJAULogradouro
PRACA DOM ROBERTO COLOMBONúmero
S/N

Complemento

Bairro
CIDADE ALTANome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail
smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICÍPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			

TURNO DE ATENDIMENTO
06-A TENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS)

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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ <input checked="" type="checkbox"/>	9398910	50 - UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	
		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
VIGILANCIA AMBIENTALLogradouro
RUA DAS VERBENIASNúmero
S/N

Complemento

Bairro
CANOEIRONome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
16

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

FAX

E-Mail
smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 03-UNIDADE AUXILIAR DE ENSINO	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT			
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			
	Fluxo da Clientela	03-A TENDIMENTO DE DEMANDA	

TURNO DE ATENDIMENTO
03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

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

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	2462761	50 - UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	Individual
			<input checked="" type="checkbox"/> Mantido
			Terceiros

Nome Empresarial
MUNICIPIO DE GRAJAUNome Fantasia
VISA GRAJAU MALogradouro
RUA 7 DE SETEMBRONúmero
120

Complemento

Bairro
CENTRONome do Município
GRAJAUCEP
65940000Cód.Município
210480UF
MR.Saúde
016

Microrregião

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone
(99) 5326207

FAX

E-Mail
smsgrajau@hotmail.com

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

CNPJ DA MANTENEDORA
06.377.063/0001-48Possui Internet
 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica 124-4 - MUNICIPIO	Gestão	Estadual	Municipal
Atividade de Ensino/Pesquisa 04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE	Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Prestado	Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internação	Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	Fluxo da Clientela	01-ATENDIMENTO DE DEMANDA	
Urgência/Emergência			
Outros			
Vigilância em Saúde			
Regulação			

TURNO DE ATENDIMENTO
03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

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