

| | | | |
|--------------------|----------|-----------|----------|
| DADOS OPERACIONAIS | INCLUSÃO | ALTERAÇÃO | EXCLUSÃO |
|--------------------|----------|-----------|----------|

| | | | |
|---------------|---------|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO | | Identificador da Situação do Estabelecimento | |
| PF | CNES | Tipo de Estabelecimento | <input checked="" type="checkbox"/> Individual |
| PJ | 5945569 | 60 - COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE | <input type="checkbox"/> Mantido |
| | | Sub-Tipo de Estabelecimento | <input type="checkbox"/> Terceiros |

| | |
|------------------|---------------------------------|
| Nome Empresarial | INSTITUTO AMOR PELA VIDA - IAPV |
|------------------|---------------------------------|

| | |
|---------------|------|
| Nome Fantasia | IAPV |
|---------------|------|

| | | | |
|------------|--|--------|----|
| Logradouro | MAESTRO JOAO NUNES/AVN ANA JANSEN, SL.211 C.EMP.ME | Número | 02 |
|------------|--|--------|----|

| | | |
|-------------|--------|---------------|
| Complemento | Bairro | SAO FRANCISCO |
|-------------|--------|---------------|

| | | | |
|-------------------|----------|-----|----------|
| Nome do Município | SAO LUIS | CEP | 65076730 |
|-------------------|----------|-----|----------|

| | | | | | | |
|---------------|----|---------|--------------|----------|-------------|-------------|
| Cod.Município | UF | R.Saúde | Microrregião | D.Sanit. | Mód.Assist. | Telefone |
| 211130 | M | | | | | 98 84890591 |

| | | |
|-----|--------|----------------------------------|
| FAX | E-Mail | INSTITUTO.AMORVIDA2023@GMAIL.COM |
|-----|--------|----------------------------------|

| | | |
|-----------------------------|---------------------|--|
| CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO | CNPJ DA MANTENEDORA | Possui Internet |
| 49.467.149/0001-74 | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

| | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|---|
| CARACTERIZAÇÃO | | | | | Gestão | |
| Natureza Jurídica | | | | | Estadual | Municipal |
| 399-9 - ASSOCIACAO PRIVADA | | | | | Atenção Básica | <input type="checkbox"/> <input 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 | Fluxo da Clientela | |
| Internação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Atendimento Ambulatorial | <input 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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Outros | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 | - |
|----------------------|---|

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 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 |