

DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	0684783	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

INSTITUTO MANO DOWN

Nome Fantasia

INSTITUTO MANO DOWN

Logradouro

RUA JAPAO

Número

180

Complemento

Bairro

ALTO BARROCA

Nome do Município

BELO HORIZONTE

CEP

30431048

Cód.Município

310620

UF

MG

R.Saúde

Micro região

D.Sanit.

Mód.Assist.

Telefone

(31) 996139566

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO

23.684.121/0001-03

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet

 Sim Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica

399-9 - ASSOCIACAO PRIVADA

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
2021105324	13/04/2021	<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