CIDADE DE SÃO PAULO
SAÚDE

SERMAP – **S**ecretaria **E**xecutiva de **R**egulação **M**onitoramento, **A**valiação e **P**arcerias
CIS – Coordenadoria de **I**nformação em **S**aúde
Divisão de **S**istemas de **P**rodução e **C**adastro do SUS

DECLARAÇÃO CNES

Nome do estabelecimento:_____

CPF / CNPJ:_____ **CNES**:_____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO (apenas uma opção)

- ☐ Cadastro novo / inicial / inclusão
- ☐ Desativação por:_____
- ☐ Alteração / Atualização / Reativação

ORIENTAÇÕES GERAIS

- ☐ Estou ciente de que estabelecimento de saúde para o CNES se trata de espaço físico delimitado e permanente onde são realizados ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.
- ☐ Estou ciente de que assistência à saúde prestada exclusivamente de forma online não é passível de CNES, bem como o atendimento realizado em Coworking.
- ☐ Estou ciente de que é necessário a atualização semestral do CNES, conforme Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014.

RESPONSÁVEL PELO CADASTRO (apenas uma opção)

- ☐ O cadastramento ou atualização do CNES será realizada pelo próprio Responsável Técnico (RT) do estabelecimento.
- ☐ O cadastramento ou atualização do CNES será realizado pelo terceiro
  Sr(a). _____ Inscrito(a) no CPF sob n°_____
  Representante da Empresa:_____

São Paulo, _____ de _____de_____

ÁREA DE ASSINATURAS
(Não é necessária a autenticação em cartório)
ASSINAR NA ÁREA DEMARCADA E CARIMBAR DUAS VEZES
ASSINAR FISICAMENTE E CARIMBAR FISICAMENTE, NÃO SERÁ ACEITO CARIMBO E ASSINATURA DIGITAL

ASSINATURA DO RT	CARIMBO 1x
Assinar. Não Rubricar	CARIMBO 2x