



REQUERIMENTO

Ilmo. Senhor Secretário Municipal de Saúde de Manaus,

_____, Responsável Técnico pelo Estabelecimento de
(Nome do Responsável Técnico)
Saúde do Tipo CONSULTÓRIO ISOLADO, CPF nº _____, RG nº _____,
localizado nesta cidade à _____ nº _____,
complemento _____, Bairro _____ CEP _____,
vem requerer o cadastro do Estabelecimento de Saúde _____,
(Nome Fantasia do Estabelecimento)
no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Termos em que pede deferimento.

Manaus-AM, ____ de _____ de _____.

(Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico)

Documentos que compõem esta solicitação:

- ✓ Cópia da Licença Sanitária vigente;
- ✓ Cópia do Alvará de Funcionamento anexado ao comprovante de pagamento DAM do ano vigente (Documento de Arrecadação Municipal emitido pela SEMEF) ou Certidão Negativa de Débitos junto à SEMEF;
- ✓ Cópia do CPF (em caso de Pessoa Física);
- ✓ Cópia do CNPJ (em caso de Pessoa Jurídica);
- ✓ Cópia do Diploma e Certificado de Especialização dos profissionais de saúde (se houver);
- ✓ Comprovante de Endereço (IPTU, ISS, conta de água, energia ou telefonia);
- ✓ Fichas de cadastro do CNES de estabelecimento nº 01, 02, 04, 06, 07, 08, 13, 14, 15, 16 e 17 preenchidas e assinadas pelo responsável técnico;
- ✓ Fichas de cadastro do CNES de profissionais nº 20 e 21, preenchidas e assinadas pelo responsável técnico e pelo profissional.

Informações de contato do Requerente:

- ✓ E-mail:
- ✓ Telefones de contato: