PREFEITURA PIRA PIRACICABA

Ficha de Alteração Cadastral de Estabelecimento

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

1 Identificação do estabelecimento

Informe o número CNES e os dados que passam a valer após a mudança (iguais aos da Receita Federal).

Número CNES *

Pessoa *

☐ Jurídica (CNPJ) ☐ Física (CPF) – profissional autônomo

Novo CNPJ *(pessoa jurídica)*

Novo CPF *(pessoa física)*

Razão social / Nome empresarial *

Nome fantasia *

Logradouro *

Número * *(ou S/N)*

Complemento *(sala, bloco...)*

Bairro *

CEP *

Município / UF / IBGE

Piracicaba / SP / 3538709

Telefone * *(DDD + número)*

E-mail * *(institucional)*

Site / link (URL) *(obrigatório para telessaúde)*

2 Licenciamento sanitário do novo endereço

Tipo de licença *

☐ **VISA (Vigilância Sanitária)**

Nº do documento | **Emissão** | **Vencimento**

☐ **CLI (Certificado de Licenciamento Integrado)**

Nº do documento | **Emissão** | **Vencimento**

☐ Dispensado de licença sanitária (atividade de baixo risco – Risco I, Portaria CVS nº 13, de 7/11/2025): consultório exclusivo de nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo, sem outros profissionais de saúde no local, ou unidade só administrativa (sem assistência).

3 Responsáveis

É permitido que a mesma pessoa seja o Responsável Administrativo e o Responsável Técnico.

Responsável Administrativo – nome completo *

CPF

Responsável Técnico – nome completo *

CPF

4 Horário de funcionamento no novo endereço

☐ Segunda		às	☐ Sexta		às
☐ Terça		às	☐ Sábado		às
☐ Quarta		às	☐ Domingo		às
☐ Quinta		às	☐ **Ininterrupto – 24 horas, todos os dias**		

5 Declaração e assinaturas

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal), que as informações prestadas nesta ficha são verdadeiras e correspondem à nova situação do estabelecimento, e que comunicarei a esta Divisão da Secretaria Municipal de Saúde qualquer alteração (endereço, profissionais, serviços, equipamentos, horário, licença sanitária ou encerramento das atividades).

Responsável Administrativo

Responsável Técnico

Assinatura Data: _____/_____/_____

Assinatura Data: _____/_____/_____

Não é necessária a assinatura de ambos os responsáveis.

gov.br *Este documento pode ser assinado via certificado digital.*