



### DECLARAÇÃO CNES

Nome do estabelecimento: \_\_\_\_\_

CPF/ CNPJ: \_\_\_\_\_ CNES (se alteração ou desativação) \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- Cadastro novo/inicial/inclusão
- Alteração/atualização/reactivação
- Desativação por \_\_\_\_\_

#### 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 ( NOTA TÉCNICA Nº 6/2024-CGSI/DRAC/SAES/MS)
- Estou ciente de que é necessária a atualização semestral do CNES, conforme Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014. Manter atualizado os dados de contato como e-mail, telefone (para caso de necessidade de contato com os responsáveis pelo estabelecimento) e vigência da Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária, entre eventuais outras alterações.

#### RESPONSÁVEL PELO CADASTRO

O cadastramento/ atualização de CNES será realizada pelo próprio RT/ sócio/ proprietário do estabelecimento.

O cadastramento/atualização do CNES será realizado pelo terceiro Senhor(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, representante da empresa:

\_\_\_\_\_.

Barueri, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do (a)RT/sócio/ proprietário  
(NÃO É NECESSÁRIA AUTENTICAÇÃO EM CARTÓRIO)