



DECLARAÇÃO CNES

Nome do estabelecimento: _____

CPF/ CNPJ: _____ CNES (se alteração ou desativação) _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- () Cadastro novo/inicial/inclusão
- () Alteração/atualização/reactivação (indicar qual) _____
- () 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 **VIRTUAL e não possui um endereço físico para atendimento** 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)