

1 - Dados do Município**Identificação da Prefeitura/Órgão Responsável**

101 - Inscrição no CNPJ	102 - Nome da prefeitura (sem abreviações)
103 - Inscrição no CNPJ	104 - Órgão responsável pelo cadastramento (sem abreviações)

Endereço

105 - CEP			
Logradouro (rua, praça, largo, alameda, avenida, travessa, etc.)			
106 - Tipo	107 - Nome	108 - Número	
109 - Complemento	110 - Bairro	111 - UF	
112 - Nome do município		113 - DDD	114 - Telefone para contato

Cadastro de Estabelecimento à Saúde

115 - Quantidade de estabelecimentos	116 - Quantidade de atendimentos por ano
117 - Quantidade de equipe de saúde da família	118 - Quantidade de agentes de saúde da família

Identificação do Responsável pela Prefeitura/Órgão Responsável

119 - Número de identificação social - NIS	120 - Nome do representante da prefeitura/órgão responsável
--	---

2 - Autenticação

Assumo a responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas.

_____/_____/_____
201 - Data do preenchimento

202 - Assinatura do representante da Prefeitura/Órgão responsável pelo cadastramento