

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DATASUS
Competência: 12/2025

SCNES

Módulo Básico
INSTITUTO HEMOLAB TEREZINHA VIEIRA

Página: 1
Data: 15/01/2026
Hora: 08:18
Versão: 4.7.50

DADOS OPERACIONAIS → INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO ☐ EXCLUSÃO ☐

IDENTIFICAÇÃO

PF	CNES	Tipo de Estabelecimento	Identificador da Situação do Estabelecimento
PJ	0825948	39 - UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	<input checked="" type="checkbox"/> Individual
X		Sub-Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Mantido
			<input type="checkbox"/> Terceiros

Nome Empresarial
INSTITUTO HEMOLAB TEREZINHA VIEIRA

Nome Fantasia
INSTITUTO HEMOLAB TEREZINHA VIEIRA

Logradouro
RUA FRANCISCO MURTINHO

Complemento
CASA

Bairro
JARDIM BELVEDERE

Nome do Município
GUAIRA

Cod. Município
410880

UF
PR

R. Saúde
020

Microregião

D. Sanit.

Mód. Assist.

Telefone

FAX

E-Mail

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO
54.562.553/0001-67

CNPJ DA MANTENEDORA

Possui Internet
☒ Sim ☐ Não

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica
399-9 - ASSOCIAÇÃO PRIVADA

Atividade de Ensino/Pesquisa
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestão	Estadual	Municipal
Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fluxo da Clientela
01-A TENDIMENTO DE DEMANDA

TURNO DE ATENDIMENTO

03-ATENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

VÍNCULO COM O SUS

No. Contrato/Convênio - Municipal

Data da Publicação

No. Contrato/Convênio - Estadual

Data da Publicação

Conta-corrente

Banco
104

Agência
0722

Número
5791832415

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará

Data de Expedição

Órgão Expeditor
☐ SES ☐ SMS

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)	Data	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS	Data	Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS	Data