**ANEXO I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PROPONENTE**

|  |
| --- |
| **Estabelecimento de Saúde**: |

|  |  |
| --- | --- |
| Município:  | UF: |
| CNPJ: |\_\_|\_\_| . |\_\_|\_\_|\_\_| . |\_\_|\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| |
| Página eletrônica:  |
| E-mail institucional:  |
| Telefone, com código de área:  |
|  |  |
| Endereço completo: |

|  |
| --- |
| Nome do(a) Prefeito(a):  |
| CPF: |\_\_|\_\_|\_\_| . |\_\_|\_\_|\_\_| . |\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| |
| E-mail:  |
| Telefone de contato, com código de área:  |

|  |
| --- |
| Nome do Responsável Técnico pela Proposta: |
| Cargo do Responsável Técnico: |
| CPF: |\_\_|\_\_|\_\_| . |\_\_|\_\_|\_\_| . |\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| |
| E-mail:  |
| Telefone de contato, com código de área:  |