

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES**

Ficha nº 01

Módulo Básico**1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐**2 - IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL**

2.1 - CNES

2.3 - CNPJ /CPF Estabelecimento

2.5 - Situação

☐ Individual☐ Mantido

2.2 - Pessoa

Física

Jurídica

2.4 - CNPJ Mantenedora

2.6 - Tipo de Estabelecimento/Unidade

Código

Descrição

2.6.1 - Subtipo de Estabelecimento

Código

Descrição

2.7 - Razão Social

2.8 - Nome Fantasia

2.9 - Logradouro

2.10 - Número

2.11 - Complemento

2.12 - Bairro

2.13 - Código IBGE do Município

2.14 - Nome do Município

2.15 - UF

2.16 - CEP

2.17 - R.Saúde

2.18 - Microregião

2.19 - Distrito San

2.20 - Mód.Assist.

2.21 - DDD/Telefone

2.22 - DDD/Fax

2.23 - E-mail (institucional preferencialmente)

2.24 - Diretor Clínico ou Gerente/Administrador

2.25 - Registro Conselho de Classe

2.25 - URL

3 - IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR**3.1 - Vigilância Sanitária**

3.1.1 - Nº DO ALVARÁ

3.1.2 - DATA EXPEDIÇÃO

3.1.3 - ÓRGÃO EXPEDIDOR

☐

SES

☐

SMS

3.2 - Dados Bancários

3.2.1 - Banco

Código

Nome

3.2.2 - Agência

Código

Nome

3.2.3 - Conta Corrente

3.3 - Representante Legal

3.3.1 - CPF

3.3.2 - Nome Representante Legal

3.3.3 - Cargo

3.3.4 - E-mail (institucional preferencialmente)

3.4 - Mapeamento Indígena *(somente para os estabelecimentos que possuam o tipo de estabelecimento 72)

3.4.1 - Aldeia

3.4.2 - Pólo-Base

3.4.3 - DSEI

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Módulo Básico

Ficha nº 02

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

4 - ENDEREÇO COMPLEMENTAR

4.1 - Identificação

4.2 - Tipo de Logradouro

4.3 - Logradouro

4.4 - Número

4.5 - Complemento

4.6 - Bairro

4.7 - Código IBGE do Município

4.8 - Nome do Município

4.9 - UF

4.10 - CEP

4.11 - DDD/Telefone

4.12 - DDD/Fax

4.13 - E-mail

4.14 - Data de Ativação

5 - CARACTERIZAÇÃO

5.1 - Esfera Administrativa

5.2 - Natureza da Organização

5.3 - Retenção de Tributos

5.4 - Atividade de Ensino/Pesquisa

5.5 - Tipo de Prestador **

5.6 - Nível de Hierarquia

5.7 - Fluxo de clientela

5.8 - Turno de Atendimento

** Esse campo será preenchido pelo sistema ao verificar os campos 5.1; 5.2; 5.3; 5.4

5.9 - Nível de Atenção

Tipo

Atividade

Gestão

☐ Ambulatorial

☐

Atenção Básica

☐

Média Complexidade

☐

Alta Complexidade

☐

Estadual

☐

Estadual

☐

Estadual

☐

Municipal

☐

Municipal

☐

Municipal

☐ Hospitalar

☐

Média Complexidade

☐

Alta Complexidade

☐

Estadual

☐

Estadual

☐

Municipal

☐

Municipal

5.10 - Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

1 - Internação

☐☐☐☐

2 - Ambulatorial

☐☐☐☐

3 - SADT

☐☐☐☐

4 - Urgência

☐☐☐☐

5 - Outros

☐☐☐☐

6 - Vigilância em Saúde

☐☐☐☐

7 - Regulação

☐☐☐☐

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES
Módulo Básico



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Módulo Básico

Ficha nº 04

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

8 - ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA

8.1 - Internet

8.1.1 - Conexão à Internet

Sim

☐

Não

☐

8.1.2 - Tipo de Conexão

☐

Discado

☐

Link dedicado

☐

Satélite

☐

3G

☐

ADSL

☐

Rádio

☐

Cabo Modem

☐

Fibra Ótica

8.2 - Telefonia

8.2.1 - Telefonia Fixa

Sim

☐

Não

☐

8.2.2 - Telefonia Móvel

Sim

☐

Não

☐

9 - COMISSÕES E OUTROS

9.1 - Comissões

001 - Ética Médica

☐

002 - Ética de Enfermagem

☐

003 - Farmácia e Terapêutica

☐

004 - Controle de Infecção Hospitalar

☐

005 - Apropriação de Custos

☐

006 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

☐

007 - Revisão de Prontuários

☐

008 - Revisão de Documentação Médica e Estatística

☐

009 - Análise de Óbitos e Biópsias

☐

010 - Investigação Epidemiológica

☐

011 - Notificação de Doenças

☐

012 - Controle de Zoonoses e Vetores

☐

013 - Mortalidade Materna

☐

014 - Mortalidade Neonatal

☐

9.2 - Avaliação segundo o Programa Nacional de Serviços de Saúde - PNAS

Este Estabelecimento foi avaliado?

Sim

☐

Não

☐

Data de Avaliação

9.3 - Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde

Este Hospital foi Acreditado?

Sim

☐

Não

☐

Data de Acreditação

Avaliação

☐

Não atendeu aos padrões mínimos

☐

Acreditado no Nível 1

☐

Acreditado no Nível 2

☐

Acreditado no Nível 3

9.4 - Programa de Reestruturação de Hospital Filantrópico

Este Hospital fez adesão ao programa?

Sim

☐

Não

☐

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Módulo Básico

Ficha nº 05

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

10 - CONTRATO DE GESTÃO E METAS

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria

11 - REGRAS CONTRATUAIS

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria

12 - HABILITAÇÕES

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria	Leitos Qtd SUS

13 - INCENTIVOS

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria
Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria

14 - ADESAO A PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

Código	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria
Código	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Módulo Conjunto

Ficha nº 06

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

15 - INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA A ASSISTÊNCIA

15.1 - Urgência e Emergência

Consultórios Médicos

Odontologia

Sala de Atendimento (Triagem)

Pediátrico

Feminino

Masculino

Indiferenciado

Sala de Curativo

Sala de Gesso

Sala de Higienização

Sala de Pequena Cirurgia

Sala de Repouso / Observação

Total de Salas e Total de Leitos

Pediátrico

Feminino

Masculino

Indiferenciado

15.2 - Ambulatório

Consultórios Médicos

Outros Consultórios
(Não Médicos)

Sala de Repouso/Observação

Total de Salas e Total de Leitos

Pediátrico

Feminino

Masculino

Indiferenciado

Odontologia

Sala de Pequena Cirurgia

Sala de Enfermagem
(Serviços)

Sala de Imunização

Sala de Nebulização

Sala de Gesso

Sala de Curativo

Sala de Cirurgia
Ambulatorial

15.3 - Hospitalar

15.3.1 - Centro Cirúrgico

Sala de
Cirurgia

Sala de
Recuperação

Sala de Cirurgia
Ambulatorial

15.3.2 - Centro Obstétrico

Sala de Pré-parto

Sala de Parto
Normal

Sala de
Curetagem

Sala de Cirurgia

15.3.3 - Unidade Neonatal

Leitos RN Normal

Leitos RN Patológico

Leitos de
Alojamento
Conjunto

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Ficha nº 08

Módulo Conjunto

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

17 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Código do Serviço		Descrição	Código da Classificação		Descrição	Próp.	Terc.	Amb.		Hosp.		CNES Terceiro
SUS	Não SUS	SUS	Não SUS									



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Módulo Nefrologia

Ficha nº 09

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

18 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Quantidade de Salas		Quantidade de Salas de Reuso		Quantidade de Máquinas para Hemodiálise		Turnos					
Hemodiálise	DPI	DPA/DPAc (Trein.)	HBsAg+	HBsAg-	HCV+	Paciente	Pac. sem sorologia realizada	Reserva	Hemodiálise		
HBsAg+	HBsAg-					HBsAg+	HBsAg-				
Tratamento d'água											
Filtro de areia	1	Filtro de carvão	2	Abrandador	3	Deionizador	4	Máq. de Osmose Reversa	5	Outros	6

19 - ESTABELECIMENTOS/SERVIÇOS DE REFERÊNCIA/MANUTENÇÃO

Serviço de Nefrologia para DPI	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Serviço de Nefrologia para paciente com HBsAg+	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Serviço de Cirurgia Vascular	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Hospital Geral / Especializado	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Hospital para Transplante	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Laboratório de Histocompatibilidade	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Laboratório para Análise de Água	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Serviço de Radiologia	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Serviço de Ultra-sonografia	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Serviço de Anatomia Patológica/Citologia	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Serviço de Laboratório Clínico	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Manutenção dos equipamentos de diálise	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF
Manutenção dos equipamentos de tratamento de água	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF

20 - Formalização

NEFROLOGISTA RESPONSÁVEL

CPF

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

21 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA/QUIMIOTERAPIA

QUANTIDADE DE SALAS DE RADIOTERAPIA

Simulação

Planejamento

Armaz. Fontes

Confec. Masc.

Molde

Bloco Pers.

QUANTIDADE DE SALAS/EQUIPAMENTOS - QUIMIOTERAPIA

Armazenagem

Sala Preparo

Químio. C/ Duração

Químio. L/Duração

Capela Fluxo Laminar

QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS - RADIOTERAPIA

Simulador

até 6 MeV

Acelerador Linear

Maior 6 MeV

c/ Elétrons

10-50 KV

Ortovoltagem

50 - 150 KV

150 - 500 KV

Unidade Cobalto

Baixa

Braquiterapia
Média

Alta

Monitor de Área

Monitor Individual

Outros

Sist. Compt.
Planejamento

Dosímetro Clínico

Fontes Seladas

22 - SERVIÇOS/MODALIDADE DE TRATAMENTO REFERENCIADOS

Serviço de Radioterapia

Nome/Razão Social

CNES

Código IBGE do Município

Nome do Município

UF

Laboratório Histo-
compatibilidade

Nome/Razão Social

CNES

Código IBGE do Município

Nome do Município

UF

Serviço Tomografia
Axial Computadorizada

Nome/Razão Social

CNES

Código IBGE do Município

Nome do Município

UF

Ressonância Magnética

Nome/Razão Social

CNES

Código IBGE do Município

Nome do Município

UF

Anatomia Patológica/
Citológica

Nome/Razão Social

CNES

Código IBGE do Município

Nome do Município

UF

Patologia Clínica

Nome/Razão Social

CNES

Código IBGE do Município

Nome do Município

UF

Ultra-sonografia

Nome/Razão Social

CNES

Código IBGE do Município

Nome do Município

UF

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Módulo de Quimioterapia e Radioterapia (continuação)

Ficha nº 11

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

23 - SERVIÇOS/MODALIDADE DE TRATAMENTO REFERENCIADOS(Quimioterapia/Radioterapia - Continuação)

Serviço de Medicina Nuclear

Nome/Razão Social

CNES

Código do Município

Nome do Município

UF

Serviço de Prótese

Nome/Razão Social

CNPJ

Código do Município

Nome do Município

UF

Manutenção de Equipamentos

Nome/Razão Social

CNES

Código do Município

Nome do Município

UF

Centro de Oncologia I

Nome/Razão Social

CNES

Código do Município

Nome do Município

UF

Centro de Oncologia II

Nome/Razão Social

CNES

Código do Município

Nome do Município

UF

Centro de Oncologia III

Nome/Razão Social

CNES

Código do Município

Nome do Município

UF

24 - FORMALIZAÇÃO

Médico Responsável Administrador ou Responsável Técnico

CPF

Médico Responsável - Oncologista Pediátrico

CPF

Médico Responsável por Cirurgia Oncológica

CPF

Médico Responsável - Oncologista Clínico

CPF

Médico Responsável - Radioterapeuta

CPF

Físico Nuclear

CPF

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

25 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Quantidade de salas

Coleta

Recepção/ Cadastro

Triagem Hematológica

Triagem Clínica

Coleta

Aférese

Processamento

Processamento

Pré-Estoque

Estoque

Distribuição

Laboratório

Sorologia

Imunohema- tologia

Pré-trans- fusoriais

Hemostasia

Controle de Qualidade

Biologia Molecular

Imunofeno- tipagem

Atendimento

Transfusão

Seguimento do doador

26 - QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS - HEMOTERAPIA

Cadeira Reclináveis

Centrífugas Refrigeradas

Refrigerador p/ Guarda de Sangue

Congelador Rápido

Extrator Automático de Plasma

Freezer -18° C

Freezers -30° C

Agitador de Plaquetas

Seladoras

Irradiador de Hemocomponentes

Aglutinoscópio

Máquina de Aférese

Refrigerador p/Guarda de Reagentes

Refrigerador para Guarda de Amostras de Sangue

Capela de Fluxo Laminar

27 - SERVIÇOS REFERENCIADOS

Hemocentro
Coordenador

Nome/Razão Social

CNES

Código do IBGE

Nome do Município

Hemocentro Regional

Nome/Razão Social

CNES

Código do IBGE

Nome do Município

Núcleo de Hemoterapia

Nome/Razão Social

CNES

Código do IBGE

Nome do Município

Central Sorológica

Nome/Razão Social

CNES

Código do IBGE

Nome do Município

28 - FORMALIZAÇÃO

Médico Hemoterapeuta Responsável

CPF

Médico Hematologista Responsável

CPF

Responsável Técnico/Sorologia

CPF

Médico Capacitado Responsável

CPF

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS

29.1 - Equipamentos de Diagnóstico por Imagem

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
1	Gama Câmara			☐	☐
2	Mamógrafo com Comando Simples			☐	☐
3	Mamógrafo com Estereotaxia			☐	☐
4	Raio X até 100 mA			☐	☐
5	Raio X de 100 a 500 mA			☐	☐
6	Raio X mais de 500 mA			☐	☐
7	Raio X Dentário			☐	☐
8	Raio X com Fluoroscopia			☐	☐
9	Raio X para Densitometria Óssea			☐	☐
10	Raio X para Hemodinâmica			☐	☐
11	Tomógrafo Computadorizado			☐	☐
12	Ressonância Magnética			☐	☐
13	Ultra-som Doppler Colorido			☐	☐
14	Ultra-som Ecógrafo			☐	☐
15	Ultra-som Convencional			☐	☐
16	Processadora de Filme Exclusiva para Mamografia			☐	☐

29.2 - Equipamentos de Infraestrutura

01	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central			☐	☐
02	Grupo Gerador			☐	☐
03	Usina de Oxigênio			☐	☐

29.3 - Equipamentos por Métodos Ópticos

01	Endoscópio das Vias Respiratórias			☐	☐
02	Endoscópio das Vias Urinárias			☐	☐
03	Endoscópio Digestivo			☐	☐
04	Equipamentos para Optometria			☐	☐
05	Laparoscópio/Vídeo			☐	☐
06	Microscópio Cirúrgico			☐	☐

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS

29.3 - Equipamentos por Métodos Ópticos

01	Endoscópio das Vias Respiratórias	☐	☐	☐	☐
02	Endoscópio das Vias Urinárias	☐	☐	☐	☐
03	Endoscópio Digestivo	☐	☐	☐	☐
04	Equipamentos para Optometria	☐	☐	☐	☐
05	Laparoscópio/Vídeo	☐	☐	☐	☐
06	Microscópio Cirúrgico	☐	☐	☐	☐
07	Cadeira Oftalmológica	☐	☐	☐	☐
08	Coluna Oftalmológica	☐	☐	☐	☐
09	Refrator	☐	☐	☐	☐
10	Lensômetro	☐	☐	☐	☐
11	Projetor ou Tabela de Optótipos	☐	☐	☐	☐
12	Retinoscópio	☐	☐	☐	☐
13	Oftalmoscópio	☐	☐	☐	☐
14	Ceratômetro	☐	☐	☐	☐
15	Tonômetro de Aplanção	☐	☐	☐	☐
16	Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	☐	☐	☐	☐
17	Campímetro	☐	☐	☐	☐

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Módulo Equipamentos(Continuação)

Ficha nº 15

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - Equipamentos (Continuação)

Quantidade
Existente

Quantidade
em uso

SUS

Sim

Não

29.4 - Equipamento por Métodos Gráficos

01	Eletrocardiógrafo			☐	☐
02	Eletroencefalógrafo			☐	☐

29.5 - Equipamentos para Manutenção da Vida

01	Bomba/Balão Intra-aórtico			☐	☐
02	Bomba de Infusão			☐	☐
03	Berço Aquecido			☐	☐
04	Bilirrubinômetro			☐	☐
05	Debitômetro			☐	☐
06	Desfibrilador			☐	☐
07	Equipamento de Fototerapia			☐	☐
08	Incubadora			☐	☐
09	Marcapasso Temporário			☐	☐
10	Monitor de ECG			☐	☐
11	Monitor de Pressão Invasivo			☐	☐
12	Monitor de Pressão não-Invasivo			☐	☐
13	Reanimador Pulmonar /Ambu			☐	☐
14	Respirador/Ventilador			☐	☐

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS (Continuação)

29.6 - Equipamento de Odontologia

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
01	Equipo Odontológico Completo			☐	☐
02	Compressor Odontológico			☐	☐
03	Fotopolimerizador			☐	☐
04	Caneta de Alta Rotação			☐	☐
05	Caneta de Baixa Rotação			☐	☐
06	Amalgamador			☐	☐
07	Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato			☐	☐

29.7 - Outros Equipamentos

01	Aparelho de Diatermia por Ultra-som/Ondas Curtas			☐	☐
02	Aparelho de Eletroestimulação			☐	☐
03	Bomba de Infusão de Hemoderivados			☐	☐
04	Equipamentos de Aférese			☐	☐
05	Equipamento de Circulação Extracorpórea			☐	☐
06	Equipamento para Hemodiálise			☐	☐
07	Forno de Bier			☐	☐

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - Equipamentos (Continuação)

29.8 - Equipamento de Audiologia

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
01	Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes			☐	☐
02	Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção			☐	☐
03	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático			☐	☐
04	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico de Curta, Média e Longa Latência			☐	☐
05	Audiômetro de um Canal			☐	☐
06	Audiômetro de dois Canais			☐	☐
07	Imitanciômetro			☐	☐
08	Imitanciômetro multifrequencial			☐	☐
09	Cabina acústica			☐	☐
10	Sistema de campo livre			☐	☐
11	Sistema completo de reforço visual (VRA)			☐	☐
12	Ganho de inserção			☐	☐
13	HI-PRO			☐	☐

30 - Rejeitos

30.1 - Resíduos/Rejeitos

1 - Resíduos Biológicos

☐

4 - Resíduos Comuns

☐

2 - Resíduos Químicos

☐

5 - Nenhum

☐

3 - Rejeitos Radioativos

☐

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

31 - VÍNCULO COM COOPERATIVAS

CNES

Nome Fantasia

CBO

CNES

Nome Fantasia

CBO

CNES

Nome Fantasia

CBO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

DATA

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Módulo Leitos

Ficha nº 19

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

32 - QUANTIDADE DE LEITOS POR ESPECIALIDADES

32.1 - CIRÚRGICOS	Existente	SUS
Buco Maxilo Facial		
Cardiologia		
Cirurgia Geral		
Endocrinologia		
Gastroenterologia		
Ginecologia		
Nefrologia/Urologia		
Neurocirurgia		
Oftalmologia		
Oncologia		
Ortopedia/Traumatologia		
Otorrinolaringologia		
Plástica		
Torácica		
Transplante		
TOTAL		

32.2 - OBSTÉTRICOS	Existente	SUS
Obstetrícia Clínica		
Obstetrícia Cirúrgica		
TOTAL		

32.3 - PEDIÁTRICOS	Existente	SUS
Pediatria Clínica		
Pediatria Cirúrgica		
TOTAL		

32.4 - CLÍNICOS	Existente	SUS
AIDS		
Cardiologia		
Clínica Geral		
Dermatologia		
Geriatria		
Hansenologia		
Hematologia		
Nefrologia/Urologia		
Neonatologia		
Neurologia		
Oncologia		
Pneumologia		
TOTAL		

32.5 - OUTRAS ESPECIALIDADES	Existente	SUS
Crônicos		
Psiquiatria		
Reabilitação		
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)		
Acolhimento Noturno		
TOTAL		

32.6 - HOSPITAL DIA	Existente	SUS
Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico		
AIDS		
Fibrose Cística		
Intercorrência Pós-transplante		
Geriatria		
Saúde Mental		
TOTAL		

33 - QUANTIDADE DE LEITOS COMPLEMENTARES

UTI	TIPO	Existente				SUS			
		I	II	III	TOTAL	I	II	III	TOTAL
33.1 - UTI Adulto									
33.2 - UTI Pediátrica									
33.3 - UTI Neonatal									
								Existente	SUS
33.4 - UTI de Queimados									
33.5 - Unidade Intermediária									
33.6 - Unidade Intermediária Neonatal									
33.7 - Unidade de Isolamento									
33.8 - UCO tipo II									
33.9 - UCO tipo III									

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Cadastro de Profissional

Ficha nº 20

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

34 - DADOS DO PROFISSIONAL

CADASTRAMENTO

☐

SUS

☐

NÃO SUS

34.1 - Dados de Identificação

34.1.1 - Nome do Profissional

34.1.2 - PIS/PASEP

34.1.3 - CPF

34.1.4 - Número CNS

34.1.5 - Sexo

☐

M

☐

F

34.1.6 - Nome da Mãe

34.1.7 - Nome do Pai

34.1.8 - Data do Nascimento
do Profissional

34.1.9 - Município de Nascimento

34.1.10 - Código IBGE do Município

34.1.11 - UF

34.1.12 - Raça/Cor

34.1.13 - Certidão/Tipo

34.1.14 - Nome do Cartório

34.1.15 - Livro

34.1.16 - Fls

34.1.17 - Termo

34.1.18 - Data de Emissão

34.1.19 - Nº Identidade

34.1.20 - UF

34.1.21 - Órgão Emissor

34.1.22 - Data de Emissão

34.1.23 - Nacionalidade

☐ Brasileiro
☐ Estrangeiro

34.1.24 - País de origem (nascimento)

34.1.25 - Data de Entrada

34.1.26 - Data de Naturalização

34.1.27 - Nº da Portaria

34.1.28 - Nº Título de Eleitor

34.1.29 - Zona

34.1.30 - Seção

34.1.31 - CTPS Número

34.1.32 - Série

34.1.33 - UF

34.1.34 - Data de Emissão

34.1.35 - Escolaridade *

34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal

34.1.37 - Frequenta Escola?

☐

Sim

☐

Não

34.2 - Dados Residenciais

34.2.1 - Tipo Logradouro

34.2.2 - Logradouro

34.2.3 - Número

34.2.4 - Complemento

34.2.5 - Bairro/Distrito

34.2.6 - Município de Residência

34.2.7 - Código IBGE do Município

34.2.8 - UF

34.2.9 - CEP *

34.2.10 - Telefone

34.3 - Dados Bancários

34.3.1 - Banco

34.3.2 - Agência

34.3.3 - Conta Corrente

Código

Nome

Código

Nome

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Cadastro de Profissional (Continuação)

Ficha nº 21

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

34.1.1 - Nome do Profissional *

34 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS

☐

SIM

☐

NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal

☐

Ambulatorial

☐

Hospitalar

☐

Outros

34.4.7 - Data de Entrada

34.4.8 - Data de Desligamento

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.

Descrição

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS

☐

SIM

☐

NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal

☐

Ambulatorial

☐

Hospitalar

☐

Outros

34.4.7 - Data de Entrada

34.4.8 - Data de Desligamento

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.

Descrição

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS

☐

SIM

☐

NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal

☐

Ambulatorial

☐

Hospitalar

☐

Outros

34.4.7 - Data de Entrada

34.4.8 - Data de Desligamento

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.

Descrição

* Preencher com o nome do profissional informado na ficha 17

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Módulo Contrato/ Convênio/ TCEP

Folha nº 23

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

☐ CONVÊNIO

☐ CONTRATO

☐ TCEP

DADOS DO CONTRATO

Número do Contrato

DOCUMENTO/PORTARIA

Veículo de Publicação

DATA DA PUBLICAÇÃO

VIGÊNCIA INICIAL

VIGÊNCIA FINAL

GESTÃO

☐ MUNICIPAL

☐ ESTADUAL

OBJETO

FORMA

SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO

☐ ATENÇÃO BÁSICA

☐ Gestão/Metas ☐ Produção

☐ Cód. Serv ☐ Cód. Classif.

☐ MÉDIA COMPLEXIDADE

☐ Gestão/Metas ☐ Produção

☐ Cód. Serv ☐ Cód. Classif.

☐ Amb ☐ Hosp.

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ Gestão/Metas ☐ Produção

☐ Cód. Serv ☐ Cód. Classif.

☐ Amb ☐ Hosp.

RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Módulo Residência Terapêutica****Ficha nº 24****1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**2.1 - CNES****2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**3.1 - Nome de Referência****3.2 - Número da Residência Terapêutica****3.3 - Tipo de Residência Terapêutica**

SRT tipo I

SRT tipo II

4 - LOCALIZAÇÃO**4.1 - Logradouro****4.2 - Número****4.3 - Complemento****4.4 - Bairro****4.5 - Nome do Município****4.6 - Cód. Município****4.7 - UF****4.8 - CEP****4.9 - Telefone****5 - CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA****5.1 - Quantidade de Moradores****5.1.1 MASCULINOS****5.1.2 FEMININOS****5.1.3 TOTAL****5.2 - Data de Ativação****5.3 - Data de Desativação****5.4 - Quantidade de Cuidadores****6 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS****6.1 - DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO****NOME****CPF****CNS****E-MAIL****TELEFONE****CBO****CHS****6.2 - Esta Residência Terapêutica possui Parceria com ONG/OS/OSCIP? NÃO SIM Se sim, indique qual?****NOME DA ONG/OS/OSCIP****6.3 DADOS DOS CUIDADORES****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****7 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO****Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)****Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade**

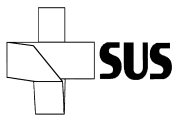
Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Cadastro de Equipes**

Ficha nº 25

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 - Código e Nome da Área/Equipe

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.3 - Tipificação da Equipe

Cód.

Tipo

Cód.

Subtipo

3.4 - Área

Cód.

Descrição

3.5 - Segmento Territorial

Cód.

Descrição

3.6 - Tipo

01 ☐ Urbano02 ☐ Rural

3.7 - População Assistida

Cód.

Descrição

3.8 - Data de Ativação

3.9 - Data de Desativação

3.10 - Tipo da Desativação

Cód.

Descrição

3.11 - Motivo da Desativação

Cód.

Descrição

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.12.1 - Nome do Profissional

3.12.2 - CPF

3.12.3 - CNES

3.12.4 - Nome Fantasia do Estabelecimento

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1 - Especificação da Equipe

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB

HOSP

Outros

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?
SIM ☐ NÃO ☐

4.1.10 - Carga Horária Diferenciada

Cód.

Descrição

CNES

4.1.7 - Microárea

Cód.

Descrição

4.1.8 - Residência

Carga horária semanal

4.1.9 - CH em outra equipe

CNES

Código da equipe

4.1.11 - Atendimento Complementar

1 CNES

2 CNES

3 CNES

4.1.12 - Data de Entrada

4.1.13 - Data de Desligamento

5 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 - Tipo da Equipe

Cód. Descrição

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.3 - Nome de Referência da Equipe

3.4 - Data de Ativação

3.5 - Data de Desativação

3.6 - Tipo da Desativação

Cód. Descrição

3.7 - Motivo da Desativação

Cód. Descrição

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1 - Especificação da Equipe

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

Descrição da Ocupação

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

Descrição da Ocupação

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

Descrição da Ocupação

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

Descrição da Ocupação

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

Descrição da Ocupação

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

Descrição da Ocupação

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

5 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

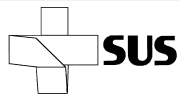
Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Cadastro de Equipes: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF****Ficha nº 27****1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 - Tipo da Equipe

Cód. Descrição

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.3 - Nome de Referência da Equipe

3.4 - Data de Ativação

3.5 - Data de Desativação

3.6 - Tipo da Desativação

Cód. Descrição

3.7 - Motivo da Desativação

Cód. Descrição

4 - VINCULAÇÃO NASF

4.1 - Vinculação NASF ao ESF

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

1

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

2

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

3

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

4

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

5

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

6

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

7

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

8

4.2 - Vinculação NASF a Academia da Saúde

4.2.1 - CNES

4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

4.2.1 - CNES

4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

4.2.1 - CNES

4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

5 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE - Continuação

5.1 - Especificação da Equipe

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal		
AMB	HOSP	Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM ☐ NÃO ☐

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal		
AMB	HOSP	Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM ☐ NÃO ☐

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal		
AMB	HOSP	Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM ☐ NÃO ☐

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal		
AMB	HOSP	Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM ☐ NÃO ☐

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

6 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

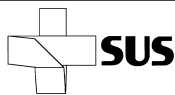
Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Cadastro de Equipes: Saúde Indígena****Ficha nº 29****1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**2.1 - CNES****2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento****3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE****3.1 - Tipo da Equipe**

Cód. Descrição

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)**3.3 - Nome de Referência da Equipe****3.4 - Data de Ativação****3.5 - Data de Desativação****3.6 - Tipo da Desativação**

Cód. Descrição

3.7 - Motivo da Desativação

Cód. Descrição

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE**4.1 - Especificação da Equipe****4.1.1 - Nome do Profissional****4.1.2 - CPF****4.1.3 - CBO****4.1.4 - CNS****4.1.5 - Carga horária semanal**

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?SIM ☐ NÃO ☐**4.1.7 - Data de Entrada****4.1.8 - Data de Desligamento****4.1.1 - Nome do Profissional****4.1.2 - CPF****4.1.3 - CBO****4.1.4 - CNS****4.1.5 - Carga horária semanal**

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?SIM ☐ NÃO ☐**4.1.7 - Data de Entrada****4.1.8 - Data de Desligamento****4.1.1 - Nome do Profissional****4.1.2 - CPF****4.1.3 - CBO****4.1.4 - CNS****4.1.5 - Carga horária semanal**

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?SIM ☐ NÃO ☐**4.1.7 - Data de Entrada****4.1.8 - Data de Desligamento****4.1.1 - Nome do Profissional****4.1.2 - CPF****4.1.3 - CBO****4.1.4 - CNS****4.1.5 - Carga horária semanal**

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?SIM ☐ NÃO ☐**4.1.7 - Data de Entrada****4.1.8 - Data de Desligamento****5 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO**

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

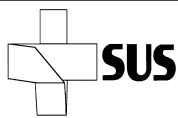
Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Cadastro de Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF)****Ficha nº 30****1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**2.1 - CNES****2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**3.1 - Identificador Nacional de Equipe (INE)****3.2 - Tipificação da Equipe**

Cód.

Tipo

--	--

--

Cód.

Subtipo

--	--

--

3.3 - Nome de Referência da Equipe**3.4 - Área**

Cód.

Descrição

--	--	--	--

--

3.5 - Segmento Territorial

Cód.

Descrição

--	--

--

3.6 - Tipo

01

☐ Urbano

02

☐ Rural**3.7 - População Assistida**

Cód.

Descrição

--	--

--

3.8 - Data de Ativação

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.9 - Data de Desativação

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.10 - Tipo da Desativação

Cód.

Descrição

--	--

--

3.11 - Motivo da Desativação

Cód.

Descrição

--	--

--

4 - MUNICÍPIOS ATENDIDOS**1****4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

2**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

3**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

4**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

5**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

6**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

5 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

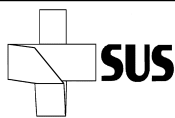
Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.2 - Nome de Referência da Equipe

3.3 - Área

Cód.

Descrição

3.4 - Segmento Territorial

Cód.

Descrição

3.5 - Tipo

01 ☐ Urbano02 ☐ Rural

3.6 - População Assistida

Cód.

Descrição

3.7 - Data de Ativação

3.8 - Data de Desativação

3.9 - Tipo da Desativação

Cód.

Descrição

3.10 - Motivo da Desativação

Cód.

Descrição

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1 - Especificação da Equipe

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB

HOSP

Outros

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM

☐

NÃO

☐

4.1.10 - Carga Horária Diferenciada

Cód

Descrição

CNES

1

2

4.1.7 - Microárea

Cód.

Descrição

4.1.8 - Residência

Carga horária semanal

4.1.9 - CH em outra equipe

CNES

Código da equipe

4.1.11 - Atendimento Complementar

1

CNES

2

CNES

3

CNES

4.1.12 - Data de Entrada

4.1.13 - Data de Desligamento

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB

HOSP

Outros

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM

☐

NÃO

☐

4.1.10 - Carga Horária Diferenciada

Cód

Descrição

CNES

1

2

4.1.7 - Microárea

Cód.

Descrição

4.1.8 - Residência

Carga horária semanal

4.1.9 - CH em outra equipe

CNES

Código da equipe

4.1.11 - Atendimento Complementar

1

CNES

2

CNES

3

CNES

4.1.12 - Data de Entrada

4.1.13 - Data de Desligamento

5 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Módulo Atenção Psicossocial****Ficha nº 35****1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**2.1 - CNES****2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento****3 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE****3.1 - A ESTRUTURA DESTE ESTABELECIMENTO É?**

Alugada

Própria

3.2 - ESTA UNIDADE POSSUI PARCERIA COM ONG/OS/OSCIP?

NÃO

SIM

Se sim, indique qual?

NOME DA ONG/OS/OSCIP

4 - VAGAS PARA ACOLHIMENTO NOTURNO**5 - DADOS DO COORDENADOR****5.1 - NOME****5.2 - CPF****5.3 - CNS****5.4 - E-MAIL****5.5 - TELEFONE****5.6 - CBO****5.7 - CHS****6 - HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA****6.1 - CNES****6.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO****7 - UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****8 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO**

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data