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	☐ Estadual	☐ Municipal
	☐ Média Complexidade	☐ Estadual	☐ Municipal
	☐ Alta Complexidade	☐ Estadual	☐ Municipal
☐ Hospitalar	☐ Média Complexidade	☐ Estadual	☐ Municipal
	☐ Alta Complexidade	☐ Estadual	☐ 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