



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

Ficha n° 01

**1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

**2 - IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL**

2.1 - CNES

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

2.3 - CNPJ/CPF Estabelecimento

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

2.2 - Pessoa

<input type="checkbox"/>	Física
<input type="checkbox"/>	Jurídica

2.4 - CNPJ Mantenedora

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

2.5 - Situação

<input type="checkbox"/>	Individual
<input type="checkbox"/>	Mantido

2.6 - Tipo de Estabelecimento/Unidade

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.6.1 - Subtipo de Estabelecimento

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/>	SES	<input type="checkbox"/>	SMS
--------------------------	-----	--------------------------	-----

3.2 - Dados Bancários

3.2.1 - Banco

Código	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2.2 - Agência

Código	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2.3 - Conta Corrente

<input type="text"/>
----------------------

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