



# 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 ☐ Municipal  
☐ Estadual ☐ Municipal  
☐ Estadual ☐ Municipal

☐ Hospitalar

☐ Média Complexidade  
☐ Alta Complexidade

☐ Estadual ☐ Municipal  
☐ Estadual ☐ Municipal

5.10 - Atendimento Prestado

1 - Internação

2 - Ambulatorial

3 - SADT

4 - Urgência

5 - Outros

6 - Vigilância em Saúde

7 - Regulação

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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