FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Módulo Básico

Ficha n° 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
☐ ADSL ☐ Rádio ☐ Cabo Modem

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 - PNASS

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*