

**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