



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Seção de Cadastros do CNES



Ficha 24

Dados Operacionais

Inclusão

Alteração

Exclusão

CNES

Nome Estabelecimento

MÓDULO RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

Identificação da Residência Terapêutica

| Nome de Referência | Número da Residência | Tipo da Residência | |
|--------------------|----------------------|--------------------|------------|
| | | SRT Tipo 1 | SRT Tipo 2 |

Localização da Residência Terapêutica

| Logradouro | Número | Complemento |
|------------|--------|-------------|
| Bairro | CEP | Telefone |

Caracterização da Residência Terapêutica

| Quantidade de Moradores | | | Data de Ativação | Data de Desativação |
|-------------------------|-----------|-------|------------------|---------------------|
| Masculinos | Femininos | TOTAL | | |

IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Dados do Responsável Técnico

| Nome | CPF | CNS |
|------|-----------------------|-----|
| CBO | Carga Horária Semanal | |

Esta residência terapêutica possui parceria com ONG/OS/OSCIP? (Se sim, indique qual) SIM NÃO

Nome da ONG/OS/OSCIP

Dados dos Cuidadores

| Nome | CPF | CBO |
|------|-----|-----|
| Nome | CPF | CBO |
| Nome | CPF | CBO |
| Nome | CPF | CBO |

Data, Assinatura e Carimbo
do Cadastrador

Data, Assinatura e Carimbo
do Responsável pelo Estabelecimento

Data, Assinatura e Carimbo
do Gestor Municipal do SUS