

## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

#### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO – Ficha nº 04 – Módulo Básico

	<b>FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b> <i>Módulo Básico</i>	<i>Ficha nº 04</i>
---	--	--------------------

#### 1 – DADOS OPERACIONAIS / 2 – Identificação

<b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b> →	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO
<b>2 – IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>2.1 - CNES</b>	<b>2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

#### 1 – Dados Operacionais:

Marcar com um X o quadro ao qual se refere a ação sinalizada.

Esta informação se repete em praticamente todas as folhas de Cadastro e com exceção da folha referente ao cadastro de profissional, onde as opções Inclusão, Alteração e Exclusão se referem a ele, enquanto nas demais se refere ao estabelecimento e não pode ser entregue em branco.

Inclusão → quando a folha se referir ao cadastro de um novo estabelecimento.

Neste caso o campo 2.1 – CNES deverá ser mantido em branco, pois não existe ainda código para aquele estabelecimento.

Alteração → quando a folha se referir a alteração, acréscimo ou subtração de informações de um estabelecimento já cadastrado.

Neste caso o campo 2.1 – CNES deverá ser preenchido com o código do estabelecimento.

Exclusão → quando a folha se referir a exclusão de um estabelecimento já cadastrado, quer seja por fechamento, dissolução ou motivo similar.

Neste caso o campo 2.1 – CNES deverá ser preenchido com o código do estabelecimento.

#### 2 – Identificação:

2.1 – CNES → Este campo deverá ser mantido em branco nos casos de inclusão de um estabelecimento.

Nos casos de alteração ou exclusão, seu preenchimento é obrigatório.

O número CNES de um estabelecimento será obtido somente após a digitação de seus dados com sucesso gerado na sua consistência e envio ao Ministério da Saúde.

2.8 – Nome Fantasia do Estabelecimento → Deve ser preenchido com o nome pelo qual o estabelecimento é conhecido. Caso se trate de pessoa física, o nome do profissional será também utilizado como Nome Fantasia.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

8 – ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA:

**Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório.**

8 – ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA	
8.1 - Internet	
8.1.1 - Conexão à Internet	8.1.2 - Tipo de Conexão
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Discado <input type="checkbox"/> Link dedicado <input type="checkbox"/> Satélite <input type="checkbox"/> 3G <input type="checkbox"/> ADSL <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Cabo Modem <input type="checkbox"/> Fibra Ótica
8.2 - Telefonia	
8.2.1 - Telefonia Fixa	8.2.2 - Telefonia Móvel
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

8.1 – Internet:

8.1.1 – Conexão Internet → Assinalar a opção Sim no caso do estabelecimento possuir algum tipo de conexão com a Internet, caso contrário, assinalar a opção Não.

8.1.2 – Tipo de Conexão → Assinalar a forma de conexão usada pelo estabelecimento para conexão com a Internet, conforme as opções disponíveis:

- Discado – quando usada a conexão normal de telefonia e o modem do computador;
- Link Dedicado – quando o estabelecimento contrata acesso exclusivo com empresa de telefonia como, por exemplo, o Link Dedicado da Embratel ou o Frame-Relay da Telefônica;
- Satélite – quando o acesso é feito através de conexão direta por satélite;
- 3G – quando conexão através de modem 3G;
- ADSL – quando usada conexão de banda larga, tipo Speedy, ou seja, baseada em cabos de telefonia convencionais;
- Rádio – quando usada conexão via rádio entre o estabelecimento e o seu provedor de Internet;
- Cabo Modem – quando utiliza as redes de transmissão de TV por cabo convencionais para transmitir, fazendo uso da porção de banda não utilizada pela TV a cabo.
- Fibra Óptica – quando usada conexão direta através de rede de fibra óptica;

8.2 – Telefonia:

8.2.1 – Telefonia Fixa → Assinalar a opção Sim no caso do estabelecimento possuir telefone fixo, caso contrário, assinalar a opção Não.

## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**8.2.2 – Telefonia Móvel** → Assinalar a opção Sim no caso do estabelecimento possuir telefone móvel, caso contrário, assinalar a opção Não. Vale destacar que a telefonia móvel se refere ao estabelecimento, tais como celular rural, e não a existência de profissionais com telefone celular próprio.

### 9 – COMISSÕES E OUTROS:

9 - COMISSÕES E OUTROS	
<b>9.1 - Comissões</b>	
001 - Ética Médica	<input type="checkbox"/>
002 - Ética de Enfermagem	<input type="checkbox"/>
003 - Farmácia e Terapêutica	<input type="checkbox"/>
004 - Controle de Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/>
005 - Apropriação de Custos	<input type="checkbox"/>
006 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	<input type="checkbox"/>
007 - Revisão de Prontuários	<input type="checkbox"/>
008 - Revisão de Documentação Médica e Estatística	<input type="checkbox"/>
009 - Análise de Óbitos e Biópsias	<input type="checkbox"/>
010 - Investigação Epidemiológica	<input type="checkbox"/>
011 - Notificação de Doenças	<input type="checkbox"/>
012 - Controle de Zoonoses e Vetores	<input type="checkbox"/>
013 - Mortalidade Materna	<input type="checkbox"/>
014 - Mortalidade Neonatal	<input type="checkbox"/>
015 - Padronização de Medicamentos	<input type="checkbox"/>
016 - Transplantes de Órgãos	<input type="checkbox"/>
017 - Hemoterapia	<input type="checkbox"/>
018 - Multidisciplinar de Terapia Nutricional	<input type="checkbox"/>
<b>9.2 – Avaliação segundo o Programa Nacional de Serviços de Saúde - PNAS</b>	
<b>Este Estabelecimento foi avaliado?</b>	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de Avaliação: <input type="text"/>	
<b>9.3 – Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde</b>	
<b>Este Hospital foi Acreditado?</b>	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de Acreditação: <input type="text"/>	
<b>Avaliação</b>	
<input type="checkbox"/>	Não atendeu aos padrões mínimos
<input type="checkbox"/>	Acreditado no Nível 1
<input type="checkbox"/>	Acreditado no Nível 2
<input type="checkbox"/>	Acreditado no Nível 3

**9.1 – Comissões** → Marcar com X as Comissões e demais Serviços existentes e em atividade na Unidade.

A existência destas comissões deverá ser comprovada, por meio de atas, livros de registros, estatísticas, relatórios, etc., a atuação das Comissões e Serviços.

Caso o estabelecimento não possua nenhuma Comissão (caso de consultórios isolados) deve ser passado um risco diagonal com caneta sobre este campo, mostrando que de fato não existe informação a respeito.

**\*\* 9.2 – Avaliação segundo o Programa Nacional de Serviços de Saúde - PNAS (Programa Nacional de Serviços de Saúde. Este Estabelecimento foi avaliado?)** → Responder a questão **assinando com um X** uma das opções Sim ou Não. **Se a resposta for Sim, preencher obrigatoriamente a data em que o estabelecimento de saúde foi avaliado.**

## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**\*\* 9.3 – Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde. Este Hospital foi Acreditado?** → Responder a questão **assinalando com um X** uma das opções Sim ou Não. **Se a resposta for Sim, preencher obrigatoriamente a data em que o estabelecimento de saúde foi avaliado e o Nível de Acreditação obtido.** (Não atendeu aos padrões mínimos, Acreditado n Nível 1, Acreditado no Nível 2, Acreditado no Nível 3).

**\*\* 9.4 – Programa de Reestruturação de Hospital Filantrópico. Este Hospital fez adesão ao programa?** → Marcar com X a opção adequada. Quando assinalado o Sim, o aplicativo fará a verificação acerca da presença do estabelecimento na listagem de estabelecimentos incluídos no referido programa. Campo de preenchimento obrigatório quando necessário cadastro CEBAS.

**\*\* - Atenção sobre a nova tabela para responder o quesito Avaliações quando utilizado o sistema instalado:**

Tipo de Avaliação:

01 - Programa Nacional de Avaliações dos Serviços de Saúde (PNASS);

02 - Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde;

03 - Join Comission.

Tabela de Avaliações:

COD	Tipo de Avaliação	COD	Classificação/ Nota	De-Para
01	Programa Nacional de Avaliações dos Serviços de Saúde (PNASS)	01	Não se aplica	Se no cadastro aba Comissões, estiver marcado o campo "Avaliação segundo o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde" como sim, marcar estabelecimento com tipo de avaliação 01 e classificação/nota 01, com a data informada no campo Data da Avaliação.
02	Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde	01	Nível 1	Se no cadastro aba Comissões, estiver marcado o campo "Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde" como sim + Avaliação: Acreditado no Nível 1, marcar estabelecimento com tipo de avaliação 02 e classificação/nota 01, com a data informada no campo Data da Avaliação.
		02	Nível 2	Se no cadastro aba Comissões, estiver marcado o campo "Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde" como sim + Avaliação: Acreditado no Nível 2, marcar estabelecimento com tipo de avaliação 02 e classificação/nota 02, com a data informada no campo Data da Avaliação.

**CNES**

**Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**

<b>COD</b>	<b>Tipo de Avaliação</b>	<b>COD</b>	<b>Classificação/ Nota</b>	<b>De-Para</b>
		03	Nível 3	Se no cadastro aba Comissões, estiver marcado o campo "Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde" como sim + Avaliação: Acreditado no Nível 3, marcar estabelecimento com tipo de avaliação 02 e classificação/nota 03, com a data informada no campo Data da Avaliação.
		04	Não atendeu aos padrões	Se na cadastro aba Comissões, estiver marcado o campo " Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde" como sim + Avaliação: Não atendeu aos padrões mínimos, marcar estabelecimento com tipo de avaliação 02 e classificação/nota 03, com a data informada no campo Data da Avaliação
03	Join Comission	01	Ouro	Campo Novo - Não precisa de De-Para
		02	Prata	Campo Novo - Não precisa de De-Para
		03	Bronze	Campo Novo - Não precisa de De-Para
		04	Não atendeu aos padrões	Campo Novo - Não precisa de De-Para

**ATENÇÃO - ASSINATURAS:**

<i>Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)</i>	<i>Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade</i>	<i>Data</i>
--	---	-------------

Não esquecer que em todas as folhas do Cadastramento devem constar as assinaturas originais e carimbos (inclusive na 2ª via), do Cadastrador do Estabelecimento e do Responsável pela Unidade (não necessariamente com o status de Diretor).