



## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

#### 3. Caracterização da Unidade:

<b>3 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE</b>	
3.1 – A ESTRUTURA DESTE ESTABELECIMENTO É?	Alugada <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/>
3.2 – ESTA UNIDADE POSSUI PARCERIA COM ONG/OS/OSCIP?	
NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>
Se sim, indique qual?	<input type="text" value="NOME DA ONG/OS/OSCIP"/>

3.1 – A estrutura deste estabelecimento é? → Responder se a estrutura do estabelecimento é própria ou alugada. Campo de preenchimento obrigatório.

3.2 – Esta unidade possui parceria com ONG, OS, OSCIP? → Responder Não ou Sim. Se a resposta for sim, deverá ser indicado o nome da ONG, OS ou OSCIP.

#### 4. Vagas para acolhimento noturno:

<b>4 – VAGAS PARA ACOLHIMENTO NOTURNO</b>	<input type="text"/>
---	----------------------

Deverá ser informado o número de vagas de acolhimento noturno correspondente ao número de leitos de atenção integral disponíveis na unidade.

Campo de preenchimento obrigatório para os CAPSad e CAPSad III.

#### 5. Dados do Coordenador:

<b>5 – DADOS DO COORDENADOR</b>			
<u>5.1 - NOME</u>	<u>5.2 - CPF</u>	<u>5.3 - CNS</u>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<u>5.4 - E-MAIL</u>	<u>5.5 - TELEFONE</u>	<u>5.6 - CBO</u>	<u>5.7 - CHS</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados do Coordenador → Deverá ser identificado o profissional lotado no CAPS ao qual a UA esta vinculada, indicado como responsável técnico do CAPS pela UA.

5.1 – Nome → Nome do profissional, completo e sem abreviaturas.

5.2 – CPF → Número do CPF do profissional.

5.3 – CNS → Número do Cartão Nacional de Saúde do profissional.

5.4 – E-mail → Endereço de e-mail do profissional.

5.5 – Telefone → Telefone de contato no estabelecimento.

## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

5.6 – CBO → Ocupação do profissional, com o Código Brasileiro de Ocupações, disponível no manual da página 20 do CNES.

5.7 – CHS → Carga Horária Semanal do Profissional.

#### ⊗ Atenção:

No SCNES essas informações serão importadas do cadastro do profissional, através da opção de Pesquisa de Profissional existente e será verificado se as mesmas coincidem. Campos com preenchimento obrigatório.

#### 6. Hospital Geral de Referência:

6 – HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA	
6.1 - CNES	6.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO

6.1 – CNES → Código CNES do Hospital Geral de Referência ao qual a UARR está vinculada. Campo de preenchimento obrigatório.

6.2 – Nome Fantasia → Nome fantasia do Hospital Geral de Referência ao qual a UARR está vinculada. Campo de preenchimento obrigatório.

#### 7. Unidade Regional:

7 – UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)			
7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município	7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município
7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município	7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município
7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município	7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município
7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município	7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município
7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município	7.1 - Cód. IBGE	7.2 - Nome do município

Campo obrigatório quando se tratar de Unidade Regional que presta atendimento para mais de um município.

Preencher o código do IBGE e nome do município. Comporta a informação de até 10 municípios.

#### ATENÇÃO - ASSINATURAS:

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
---	--	------

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).