



**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
Módulo Básico

Ficha nº 02

**1 - DADOS OPERACIONAIS** →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

**2 - IDENTIFICAÇÃO**

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

**4 - ENDEREÇO COMPLEMENTAR**

4.1 - Identificação

4.2 - Logradouro

4.3 - Número

4.4 - Complemento

4.5 - Bairro

4.6 - Código IBGE do Município

4.7 - Nome do Município

4.8 - UF

4.9 - CEP

4.10 - DDD/Telefone

4.11 - DDD/Fax

4.12 - E-mail

4.13 - Data de Ativação

**5 - CARACTERIZAÇÃO**

5.1 - Esfera Administrativa

5.2 - Natureza da Organização

5.3 - Retenção de Tributos

5.4 - Atividade de Ensino/Pesquisa

5.5 - Tipo de Prestador \*\*

5.6 - Nível de Hierarquia

5.7 - Fluxo de clientela

5.8 - Turno de Atendimento

\*\* Esse campo será preenchido pelo sistema ao verificar os campos 5.1; 5.2; 5.3; 5.4

5.9 - Nível de Atenção

Tipo

Atividade

Gestão

Ambulatorial

Atenção Básica  
 Média Complexidade  
 Alta Complexidade

Estadual  Municipal  
 Estadual  Municipal  
 Estadual  Municipal

Hospitalar

Média Complexidade  
 Alta Complexidade

Estadual  Municipal  
 Estadual  Municipal

5.10 - Atendimento Prestado

	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
1 - Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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