



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Dados Complementares do Serviço de Quimioterapia e
Radioterapia(continuação)

Ficha nº 10

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

--	--	--	--	--	--	--	--

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

--

20 - SERVIÇOS/MODALIDADE DE TRATAMENTO REFERENCIADOS(Quimioterapia/Radioterapia - Continuação)

<p>Serviço de Medicina Nuclear</p>	<p>Nome/Razão Social</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Código do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Nome do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>				<p>CNPJ</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
<p>Serviço de Prótese</p>	<p>Nome/Razão Social</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Código do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Nome do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>				<p>CNPJ</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
<p>Manutenção de Equipamentos</p>	<p>Nome/Razão Social</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Código do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Nome do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>				<p>CNPJ</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
<p>Centro de Oncologia I</p>	<p>Nome/Razão Social</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Código do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Nome do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>				<p>CNPJ</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
<p>Centro de Oncologia II</p>	<p>Nome/Razão Social</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Código do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Nome do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>				<p>CNPJ</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
<p>Centro de Oncologia III</p>	<p>Nome/Razão Social</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Código do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p>Nome do Município</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>				<p>CNPJ</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	

21 - FORMALIZAÇÃO

Médico Responsável Administrador ou Responsável Técnico	CPF
Médico Responsável - Oncologista Pediátrico	CPF
Médico Responsável por Cirurgia Oncológica	CPF
Médico Responsável - Oncologista Clínico	CPF
Médico Responsável - Radioterapeuta	CPF
Físico Nuclear	CPF

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