



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

3 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

3.1 - Nome Fantasia da Unidade de Acolhimento

3.2 - Número da Unidade de Acolhimento

3.3 - Tipo de Unidade de Acolhimento

UA adulto

UA infantojuvenil

4 - LOCALIZAÇÃO

4.1 - Logradouro

4.2 - Número

4.3 - Complemento

4.4 - Bairro

4.5 - Nome do Município

4.6 - Cód. Município

4.7 - UF

4.8 - CEP

4.9 - Telefone

4.10 - A Estrutura deste estabelecimento é?

Alugada Própria

4.11 - ESTA UNIDADE POSSUI PARCERIA COM ONG/OS/OSCIP?

NÃO SIM

Se sim, indique qual?

NOME DA ONG/OS/OSCIP

5 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

5.1 - Total de vagas da UA

5.2 - Data de Ativação

5.3 - Data de Desativação

6 - DADOS DO COORDENADOR DO CAPS DE REFERÊNCIA

6.1 - NOME

6.2 - CPF

6.3 - CNS

6.4 - E-MAIL

6.5 - TELEFONE

6.6 - CBO

6.7 - CHS

7 - HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA

7.1 - CNES

7.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO

8 - UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

8.5.1 - Cód. IBGE

8.5.2 - Nome do município

9 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

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