FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Módulo Unidade de Atenção em Regime Residencial

Ficha n° 35

1 - DADOS OPERACIONAIS → *INCLUSÃO* ☐ *ALTERAÇÃO* ☐ *EXCLUSÃO* ☐

2 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

3 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

3.1 – Quantidade de Módulos da Unidade

☐ *1 módulo (15 vagas)* ☐ *2 módulos (30 vagas)*

3.2 – N° vagas existentes

3.3 – N° vagas SUS

3.4 – Data de Ativação

3.5– Data de Desativação

4 – DADOS DO COORDENADOR DA UNIDADE

4.1 - NOME

4.2 - CPF

4.3 - CNS

4.4 - E-MAIL

4.5 - TELEFONE

4.6 - CBO

4.7 - CHS

5 – CAPS DE REFERÊNCIA

5.1 - CNES

5.2 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO

5.3 – DADOS DO COORDENADOR DO CAPS DE REFERÊNCIA

5.3.1 - NOME

5.3.2 - CPF

5.3.3 - CNS

5.3.4 -E-MAIL

5.3.5 - TELEFONE

5.3.6 -CBO

5.3.7 -CHS

6 – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

6.1 - CNES

6.2 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO

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

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*