



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 - Tipo de Logradouro

4.3 - Logradouro

4.4 - Número

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

4.5 - Complemento

4.6 - Bairro

4.7 - Código IBGE do Município

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

4.8 - Nome do Município

4.9 - UF

--	--

4.10 - CEP

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

4.11 - DDD/Telefone

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

4.12 - DDD/Fax

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

4.13 - E-mail

4.14 - 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	
<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Atenção Básica	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Média Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Média Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> 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