

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES**

Ficha nº 01

Módulo Básico**1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐**2 - IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL**

2.1 - CNES

2.3 - CNPJ /CPF Estabelecimento

2.5 - Situação

☐ Individual☐ Mantido

2.2 - Pessoa

Física

Jurídica

2.4 - CNPJ Mantenedora

2.6 - Tipo de Estabelecimento/Unidade

Código

Descrição

2.6.1 - Subtipo de Estabelecimento

Código

Descrição

2.7 - Razão Social

2.8 - Nome Fantasia

2.9 - Logradouro

2.10 - Número

2.11 - Complemento

2.12 - Bairro

2.13 - Código IBGE do Município

2.14 - Nome do Município

2.15 - UF

2.16 - CEP

2.17 - R.Saúde

2.18 - Microregião

2.19 - Distrito San

2.20 - Mód.Assist.

2.21 - DDD/Telefone

2.22 - DDD/Fax

2.23 - E-mail (institucional preferencialmente)

2.24 - Diretor Clínico ou Gerente/Administrador

2.25 - Registro Conselho de Classe

2.25 - URL

3 - IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

3.1 - Vigilância Sanitária

3.1.1 - Nº DO ALVARÁ

3.1.2 - DATA EXPEDIÇÃO

3.1.3 - ÓRGÃO EXPEDIDOR

☐ SES☐ SMS

3.2 - Dados Bancários

3.2.1 - Banco

Código

Nome

3.2.2 - Agência

Código

Nome

3.2.3 - Conta Corrente

3.3 - Representante Legal

3.3.1 - CPF

3.3.2 - Nome Representante Legal

3.3.3 - Cargo

3.3.4 - E-mail (institucional preferencialmente)

3.4 - Mapeamento Indígena *(somente para os estabelecimentos que possuam o tipo de estabelecimento 72)

3.4.1 - Aldeia

3.4.2 - Pólo-Base

3.4.3 - DSEI

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



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 - 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

☐ Ambulatorial

☐

Atenção Básica

☐

Média Complexidade

☐

Alta Complexidade

☐

Estadual

☐

Estadual

☐

Estadual

☐

Municipal

☐

Municipal

☐

Municipal

☐ Hospitalar

☐

Média Complexidade

☐

Alta Complexidade

☐

Estadual

☐

Estadual

☐

Municipal

☐

Municipal

5.10 - Atendimento Prestado

SUS

Particular

Plano de Saúde Público

Plano de Saúde Privado

1 - Internação

☐☐☐☐

2 - Ambulatorial

☐☐☐☐

3 - SADT

☐☐☐☐

4 - Urgência

☐☐☐☐

5 - Outros

☐☐☐☐

6 - Vigilância em Saúde

☐☐☐☐

7 - Regulação

☐☐☐☐

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



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Módulo Básico

Ficha nº 04

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

8 - ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA

8.1 - Internet

8.1.1 - Conexão à Internet

Sim ☐

Não ☐

8.1.2 - Tipo de Conexão

☐

Discado

☐

Link dedicado

☐

Satélite

☐

3G

☐

ADSL

☐

Rádio

☐

Cabo Modem

☐

Fibra Ótica

8.2 - Telefonia

8.2.1 - Telefonia Fixa

Sim ☐

Não ☐

8.2.2 - Telefonia Móvel

Sim ☐

Não ☐

9 - COMISSÕES E OUTROS

9.1 - Comissões

001 - Ética Médica

☐

002 - Ética de Enfermagem

☐

003 - Farmácia e Terapêutica

☐

004 - Controle de Infecção Hospitalar

☐

005 - Apropriação de Custos

☐

006 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

☐

007 - Revisão de Prontuários

☐

008 - Revisão de Documentação Médica e Estatística

☐

009 - Análise de Óbitos e Biópsias

☐

010 - Investigação Epidemiológica

☐

011 - Notificação de Doenças

☐

012 - Controle de Zoonoses e Vetores

☐

013 - Mortalidade Materna

☐

014 - Mortalidade Neonatal

☐

015 - Padronização de Medicamentos

☐

016 - Transplantes de Órgãos

☐

017 - Hemoterapia

☐

018 - Multidisciplinar de Terapia Nutricional

☐

9.2 - Avaliação segundo o Programa Nacional de Serviços de Saúde - PNAS

Este Estabelecimento foi avaliado?

Sim

☐

Não

☐

Data de Avaliação

9.3 - Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde

Este Hospital foi Acreditado?

Sim

☐

Não

☐

Data de Acreditação

Avaliação

☐

Não atendeu aos padrões mínimos

☐

Acreditado no Nível 1

☐

Acreditado no Nível 2

☐

Acreditado no Nível 3

9.4 - Programa de Reestruturação de Hospital Filantrópico

Este Hospital fez adesão ao programa?

Sim

☐

Não

☐

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



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Módulo Conjunto

Ficha nº 06

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

15 - INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA A ASSISTÊNCIA

15.1 - Urgência e Emergência

Consultórios Médicos

Quantidade

Odontologia

Consultórios

Sala de Atendimento (Triagem)

Pediátrico

Quantidade

Feminino

Quantidade

Masculino

Quantidade

Indiferenciado

Quantidade

Sala de Curativo

Quantidade

Sala de Gesso

Quantidade

Sala de Higienização

Quantidade

Sala de Pequena Cirurgia

Quantidade

Sala de Repouso / Observação

Pediátrico

Salas

Leitos

Feminino

Salas

Leitos

Masculino

Salas

Leitos

Indiferenciado

Salas

Leitos

Total de Salas e Total de Leitos

15.2 - Ambulatório

Consultórios Médicos

Clínicas Básicas

Clínicas Especializadas

Indiferenciado

Outros Consultórios
(Não Médicos)

Quantidade

Sala de Repouso/Observação

Pediátrico

Salas

Leitos

Feminino

Quantidade

Leitos

Masculino

Quantidade

Leitos

Indiferenciado

Quantidade

Leitos

Total de Salas e Total de Leitos

Odontologia

Consultórios

Sala de Pequena Cirurgia

Quantidade

Sala de Enfermagem
(Serviços)

Quantidade

Sala de Imunização

Quantidade

Sala de Nebulização

Quantidade

Sala de Gesso

Quantidade

Sala de Curativo

Quantidade

Sala de Cirurgia
Ambulatorial

Quantidade

15.3 - Hospitalar

15.3.1 - Centro Cirúrgico

Sala de
Cirurgia

Quantidade

Sala de
Recuperação

Quantidade

Leitos

Sala de Cirurgia
Ambulatorial

Quantidade

15.3.2 - Centro Obstétrico

Sala de Pré-parto

Quantidade

Leitos

Sala de Parto
Normal

Quantidade

Sala de
Curetagem

Quantidade

Sala de Cirurgia

Quantidade

15.3.3 - Unidade Neonatal

Leitos RN Normal

Quantidade

Leitos RN Patológico

Quantidade

Leitos de
Alojamento
Conjunto

Quantidade

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



EXCLUSÃO

□

1

2.8 – Nome Fantasia do Estabelecimento.

2.1 - CNES

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

2.8 Nome Fantasia do Estabelecimento

Terceirizado

01 - SAME ou SPP(Serviço de Prontoário do Paciente)

5

1

02 - Serviço Social

7

11

03 - Farmácia

7

5

04 - Central de Esterilização de Materiais

7

9

05 - Nutrição e Dietética (S.N.D.)

11

9

06 - Lactário

9

7

07 - Banco de Leite

5

10

08 - Lavanderia

7

5

09 - Serviço de Manutenção de Equipamentos

11

5

10 - Ambulância

7

9

11 - Necrotério

5

7

Data

Data

Data



	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <i>Módulo Conjunto</i>	<i>Ficha n° 08</i>
--	--	----------------------------------

	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <i>Módulo Conjunto</i>	<i>Ficha n° 08</i>
--	--	----------------------------------

	INCLUSÃO	ALTERAÇÃO	EXCLUSÃO
	☐	☐	☐

	INCLUSÃO	ALTERAÇÃO	EXCLUSÃO
	☐	☐	☐

	INCLUSÃO	ALTERAÇÃO	EXCLUSÃO
	☐	☐	☐

	INCLUSÃO	ALTERAÇÃO	EXCLUSÃO
	☐	☐	☐

17 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS										
Código do Serviço		Descrição	Código da Classificação		Descrição	Próp. Terc.		Amb. SUS	Hosp. SUS Não SUS	CNES Terceiro

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
---	--	------

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS	Data
---	--	------