

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.2 - Pessoa  Física  Jurídica

2.3 - CNPJ / CPF Estabelecimento

2.4 - CNPJ Mantenedora

2.5 - Situação  Individual  Mantido

2.6 - Tipo de Estabelecimento / Unidade

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.6.1 Subtipo de Estabelecimento

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.7 - Nome Empresarial

2.8 - Nome Fantasia

2.9 - Logradouro

2.10 - Número

2.11 - Complemento

2.12 - Bairro

2.13 - Nome do Município

2.14 - Código IBGE do Município

2.15 - UF

2.16 - CEP

2.17 R. Saúde

2.18 Micro Reg.

2.19 Distrito

2.20 Mod. Assist.

2.21 - Telefone

2.22 - Fax

2.23 - Email (institucional preferencialmente)

2.24 - Diretor Clínico

2.25 Registro Conselho de Classe / UF

Gerente / Administrador

Registro Conselho de Classe / UF

3 - CARACTERIZAÇÃO

3.1 - Esfera Administrativa

3.2 - Natureza da Organização

3.3 - Retenção de Tributos

3.4 - Atividade de Ensino/Pesquisa

3.5 - Tipo de Prestador\*\*

3.6 - Nível de Hierarquia

3.7 - Fluxo de Clientela

3.8 - Turno de Atendimento

3.9 - Nível de Atenção

Tipo	Atividade	Gestão
<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Média Complexidade <input type="checkbox"/> Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Municipal
<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Média Complexidade <input type="checkbox"/> Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Municipal

3.10 - Atendimento Prestado

	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
1 - Internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 - Ambulatorial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 - SADT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 - Urgência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 - Outros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 - Vigilância em Saúde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 - Regulação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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