

# INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

## Ficha 01 - Módulo Básico (Identificação Principal e Complementar)

### CAMPOS OBRIGATÓRIOS

#### 1. DADOS OPERACIONAIS:

a) **ticar no espaço determinado dependendo de cada caso, INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO.**

#### 2. IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL:

Ø **No caso de INCLUSÃO OU EXCLUSÃO, preencher:**

- a) Número do CNES (quando já possuir);
- b) PESSOA – **ticar em FÍSICA (CPF) ou JURÍDICA (CNPJ);**
- c) CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO - dependendo do tipo de pessoa (física ou jurídica);
- d) CNPJ DA MANTENEDORA – caso o estabelecimento pessoa jurídica seja dependente de outro;
- e) SITUAÇÃO – INDIVIDUAL ou MANTIDO - caso o estabelecimento seja dependente de outro ou não (relação matriz/filial);
- f) RAZÃO SOCIAL – conforme Alvará de Licença da Prefeitura;
- g) NOME FANTASIA – se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;
- h) LOGRADOURO – nome completo da rua ou correspondente postal (tais como avenida, travessa, rodovia), sem abreviações;
- i) NÚMERO – número do imóvel no logradouro estabelecido;
- j) COMPLEMENTO – Ex: salas, apartamentos, andares, etc...;
- k) BAIRRO – nome completo do bairro, sem abreviações, conforme consta nos dados dos Correios;
- l) NOME DO MUNICÍPIO – município onde se encontra o estabelecimento;
- m) UF – Unidade Federativa, Estado ao qual o município pertence;
- n) CEP - conforme consta nos dados dos Correios;
- o) DDD/TELEFONE – telefone do estabelecimento ou do seu gestor, caso seja necessário contato posterior, constando o DDD da região;
- p) E-MAIL – preferencialmente o e-mail institucional ou do responsável pelo estabelecimento;
- q) DIRETOR CLÍNICO OU GERENTE/ADMINISTRADOR – citar o nome do responsável pelo estabelecimento, no caso de hospitais, o diretor clínico. É necessário o preenchimento das fichas profissionais, constando o vínculo e CBO como gerente ou diretor clínico e a devida carga horária dedicada a esta ocupação (vide instruções de preenchimento das fichas 18 e 19);

#### 3. IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

##### 3.1. *Vigilância Sanitária*

- a) N° DO ALVARÁ – número do Alvará da Vigilância Sanitária atualizado (Ex: xxxx/2012);
- b) DATA DE EXPEDIÇÃO – data de emissão do alvará;
- c) ÓRGÃO EXPEDIDOR – sempre ticar em SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

##### 3.3. *Representante Legal* (somente no caso de **Instituições Filantrópicas** sem fins lucrativos)

- a) CPF
- b) NOME DO REPRESENTANTE LEGAL
- c) CARGO
- d) E-MAIL – preferencialmente o e-mail da instituição.

Ø Assinar em: ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DA UNIDADE

Ø No caso de ALTERAÇÃO, preencher:

- a) Número do CNES;
- b) RAZÃO SOCIAL – razão social do estabelecimento conforme Alvará de Licença da Prefeitura;
- c) NOME FANTASIA – se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e preencher APENAS o campo a ser alterado.

Ø Assinar em: ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DA UNIDADE

\*\*\*\* TODAS AS FICHAS DEVEM VIR ASSINADAS E CARIMBADAS \*\*\*\*  
PELO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO