



# 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



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



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

Ficha nº 03

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

**6 - VINCULAÇÃO DOS PONTOS DE TELESSAÚDE**

6.1 - CNES

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

6.2 - Nome Fantasia

6.3 - Código IBGE do Município

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

6.4 - Nome do Município

6.5 - UF

--	--

6.1 - CNES

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

6.2 - Nome Fantasia

6.3 - Código IBGE do Município

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

6.4 - Nome do Município

6.5 - UF

--	--

6.1 - CNES

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

6.2 - Nome Fantasia

6.3 - Código IBGE do Município

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

6.4 - Nome do Município

6.5 - UF

--	--

6.1 - CNES

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

6.2 - Nome Fantasia

6.3 - Código IBGE do Município

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

6.4 - Nome do Município

6.5 - UF

--	--

6.1 - CNES

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

6.2 - Nome Fantasia

6.3 - Código IBGE do Município

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

6.4 - Nome do Município

6.5 - UF

--	--

**7 - ORGANIZAÇÕES PARCEIRAS**

7.1 - CNPJ

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

7.2 - CNES

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

7.3 - Nome da Organização Parceira

7.4 - Logradouro

7.5 - Número

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

7.6 - Complemento

7.7 - Bairro

7.8 - Cód. IBGE

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

7.9 - Nome do Município

7.10 - UF

--	--

7.11 - CEP

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

7.12 - DDD/Telefone

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

7.13 - DDD/FAX

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

7.14 - E-mail

7.15 - URL

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



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



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

10 - CONTRATO DE GESTÃO E METAS

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11 - REGRAS CONTRATUAIS

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12 - HABILITAÇÕES

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria	Leitos Qtd SUS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13 - INCENTIVOS

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14 - ADESÃO A PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código	Descrição	Comp. Inicial	Comp. Final	Portaria
<input type="text"/>	<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



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

Total de Salas e Total de Leitos

Pediátrico

Salas Leitos

--	--	--	--

Feminino

Salas Leitos

--	--	--	--

Masculino

Salas Leitos

--	--	--	--

Indiferenciado

Salas Leitos

--	--	--	--

15.2 - Ambulatório

Consultórios Médicos

Clinicas Básicas

--	--	--	--

Clinicas Especializadas

--	--	--	--

Indiferenciado

--	--	--	--

Outros Consultórios (Não Médicos)

Quantidade

--	--

Sala de Repouso/Observação

Total de Salas e Total de Leitos

Pediátrico

Salas Leitos

--	--	--	--

Feminino

Quantidade Leitos

--	--	--	--

Masculino

Quantidade Leitos

--	--	--	--

Indiferenciado

Quantidade 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



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

16 - SERVIÇOS DE APOIO

Serviço	Próprio	Terceirizado
01 - SAME ou SPP(Serviço de Prontuário do Paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Serviço Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Farmácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Central de Esterilização de Materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Nutrição e Dietética (S.N.D.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Lactário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Banco de Leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Serviço de Manutenção de Equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Ambulância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Necrotério	<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
---	------	--	------



# FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Ficha nº 08

Módulo Conjunto

## 1 - DADOS OPERACIONAIS

### 2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

## 17 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Código do Serviço	Descrição	Código da Classificação	Descrição	Próp. Terc.		Amb.		Hosp.		CNES Terceiro
						SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	