

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Ficha 02 - Módulo Básico (Caracterização, Nível de Atenção e Atendimento Prestado)

CAMPOS OBRIGATÓRIOS

1. DADOS OPERACIONAIS:

- a) **ticar no espaço determinado dependendo de cada caso, INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO;**
- b) NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO

5.9. NÍVEL DE ATENÇÃO:

- a) TIPO: AMBULATORIAL ou HOSPITALAR – ticar na opção apropriada ao estabelecimento;
- b) ATIVIDADE: ATENÇÃO BÁSICA (postos de saúde), MÉDIA COMPLEXIDADE (clínicas, laboratórios, etc...) ou ALTA COMPLEXIDADE (hospitais, etc...);
- c) GESTÃO: ESTADUAL ou MUNICIPAL – sempre municipal.

5.10. ATENDIMENTO PRESTADO

a) Ver o tipo de atendimento, geralmente AMBULATORIAL, e seguir a mesma linha, assinalando no modo de atendimento, se SUS, PARTICULAR, PLANO DE SAÚDE PÚBLICO (planos direcionados a servidores públicos de todas as esferas) ou PLANO DE SAÚDE PRIVADO (particulares).

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