

## 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

##### 4. ENDEREÇO COMPLEMENTAR:

Ao lado do campo 4.14 data de ativação no espaço em branco informar horário de funcionamento: Sempre aberto/Ininterrupto 24 horas, ou de segunda-feira à domingo, ou dias da semana alternados informado o horário de abertura e fechamento.

##### 5. CARACTERIZAÇÃO:

Preencher os campos 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8. Verificar manual completo scnes.

##### 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 servidores públicos de todas as esferas) ou PLANO DE SAÚDE PRIVADO (particulares).

#### **> 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.

> Assinar em: ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DA UNIDADE

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