# FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES

## Módulo Básico

Ficha n° 01

**1 - DADOS OPERACIONAIS** → INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO ☐ EXCLUSÃO ☐

**2 - IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL**

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

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 - DATA VALIDADE

3.1.4 - 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