

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Módulo Residência Terapêutica****Ficha n° 24****1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**2.1 - CNES****2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento**

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

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**3.1 - Nome de Referência****3.2 - Número da Residência Terapêutica****3.3 - Tipo de Residência Terapêutica**

SRT tipo I

SRT tipo II

4 - LOCALIZAÇÃO**4.1 - Logradouro****4.2 - Número****4.3 - Complemento****4.4 - Bairro****4.5 - Nome do Município****4.6 - Cód. Município****4.7 - UF****4.8 - CEP****4.9 - Telefone****5 - CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA****5.1 - Quantidade de Moradores****5.2 - Data de Ativação****5.4 - Quantidade de Cuidadores****5.1.1 MASCULINOS****5.1.2 FEMININOS****5.1.3 TOTAL****5.3 - Data de Desativação****6 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS****6.1 - DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO****NOME****CPF****CNS****E-MAIL****TELEFONE****CBO****CHS****6.2 - Esta Residência Terapêutica possui Parceria com ONG/OS/OSCIP?** NÃO ☐ SIM ☐ Se sim, indique qual?**NOME DA ONG/OS/OSCIP****6.3 DADOS DOS CUIDADORES****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****Nome do Profissional****CBO****CPF****CNS****7 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO**

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