

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Módulo Atenção Psicossocial****Ficha nº 35****1 - DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**2.1 - CNES****2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento****3 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE****3.1 - A ESTRUTURA DESTA UNIDADE É?**

Alugada

Própria

3.2 - ESTA UNIDADE POSSUI PARCERIA COM ONG/OS/OSCIP?

NÃO

SIM

Se sim, indique qual?

NOME DA ONG/OS/OSCIP

4 - VAGAS PARA ACOLHIMENTO NOTURNO**5 - DADOS DO COORDENADOR****5.1 - NOME****5.2 - CPF****5.3 - CNS****5.4 - E-MAIL****5.5 - TELEFONE****5.6 - CBO****5.7 - CHS****6 - HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA****6.1 - CNES****6.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO****7 - UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****7.1 - Cód. IBGE****7.2 - Nome do município****8 - 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