



**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

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

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

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

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

**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