

CNES

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO – Ficha nº 10 – Módulo de Quimioterapia e Radioterapia



PREFEITURA DE
CAMPINAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA SETORIAL DE INFORMÁTICA
CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Esta folha se destina apenas aos estabelecimentos com Serviço de Quimioterapia e/ou Radioterapia.

Para os demais estabelecimentos esta folha deverá ser integrante do cadastro da unidade, sendo preenchidas apenas a 1ª Parte, com os dados operacionais e de identificação, e as assinaturas ao final da folha. Os demais itens deverão ser cortados com risco diagonal, indicando que não existem dados sobre eles.

DADOS OPERACIONAIS/ IDENTIFICAÇÃO:

Dados Operacionais

Inclusão

Alteração

Exclusão

CNES

Nome Estabelecimento

DADOS OPERACIONAIS:

Dados Operacionais → Marcar com um X o quadro ao qual se refere a ação sinalizada.

Esta informação se repete em praticamente todas as folhas de Cadastro e com exceção da folha referente ao cadastro de profissional, onde as opções Inclusão, Alteração e Exclusão se referem a ele, enquanto nas demais se refere ao estabelecimento e não pode ser entregue em branco.

Inclusão → quando a folha se referir ao cadastro de um novo estabelecimento.

Neste caso o campo CNES deverá ser mantido em branco, pois não existe ainda código para aquele estabelecimento.

Alteração → quando a folha se referir a alteração, acréscimo ou subtração de informações de um estabelecimento já cadastrado.

Neste caso os campos CNES e Nome Fantasia do Estabelecimento deverão ser preenchidos com o código do estabelecimento.

Exclusão → quando a folha se referir a exclusão de um estabelecimento já cadastrado, quer seja por fechamento, dissolução ou motivo similar.

Neste caso os campos CNES e Nome Fantasia do Estabelecimento deverão ser preenchidos com o código do estabelecimento.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

IDENTIFICAÇÃO:

CNES → Este campo deverá ser mantido em branco nos casos de inclusão de um estabelecimento.

Nos casos de alteração ou exclusão, seu preenchimento é obrigatório.

O número CNES de um estabelecimento será obtido somente após a digitação de seus dados com sucesso gerado na sua consistência e envio ao Ministério da Saúde.

Nome Fantasia do Estabelecimento → Deve ser preenchido com o nome pelo qual o estabelecimento é conhecido. Caso se trate de pessoa física, o nome do profissional será também utilizado como Nome Fantasia.

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA/ QUIMIOTERAPIA:

Caracterização dos Serviços de Radioterapia / Quimioterapia

Quantidade de Salas de Radioterapia

Simulação	Planejamento	Armaz. Fontes	Confec. Masc.	Molde	Bloco Pers.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quantidade de Salas / Equipamentos - Quimioterapia

Armazenagem	Sala Preparo	Quimio. C/Duração	Quimio. L/Duração	Capela Fluxo Laminar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quantidade de Equipamentos - Radioterapia

Simulador	Acelerador Linear			Ortovoltagem			Braquiterapia			Unidade Cobalto
	Até 6 MeV	Maior 6 MeV s/ Elétrons	Maior 6 MeV c/ Elétrons	10-50 KV	50-150 KV	150-500 KV	Baixa	Média	Alta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Outros

Monitor de Área	Monitor Individual	Sist. Compt. Planejamento	Dosímetro Clínico	Fontes Seladas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de Salas - Radioterapia → Campo numérico (obrigatório). Preencher com o quantitativo de salas de: Simulação; Planejamento; Armaz.(Armazenagem) de Fontes; Confec.(confecção) de Masc. Molde e Bloco Pers.(Personalizado) existentes na Unidade.

CNES

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Número de Salas/ Equipamentos - Quimioterapia → Campo numérico (obrigatório). Preencher com o quantitativo de salas de: Armazenagem; Preparo; Químico de Curta Duração; Químico de Longa Duração e Capela de Fluxo Laminar existentes na Unidade.

de Equipamentos - Radioterapia → Campo numérico (obrigatório). Preencher com o quantitativo de equipamentos de Radioterapia existentes na Unidade: Simulador; Acelerador linear até 6 MeV; Acelerador linear maior 6 MeV s/ Elétrons; Acelerador linear maior 6 MeV c/ Elétrons; Ortovoltagem 10 - 50 KV; Ortovoltagem 50 - 150 KV ; Ortovoltagem 150 - 500 KV; Unidade Cobalto; Braquiterapia baixa; Braquiterapia média; Braquiterapia alta; Monitor de área; Monitor individual; Sistema de Computação para Planejamento; Dosímetro Clínico; Fontes Seladas.

SERVIÇOS/ MODALIDADE DE TRATAMENTO REFERENCIADOS:

Serviços / Modalidade de Tratamento Referenciados

Serviço de Radioterapia	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Laboratório Histo-Compatibilidade	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Serviço Tomografia Axial Computadorizada	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Ressonância Magnética	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Anatomia Patológica / Citopatológica	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Patologia Clínica	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Ultrassonografia	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>

Nome/ Razão Social → Nome da Unidade pela Razão Social. Informar a Razão Social do Serviço/Modalidade de Tratamento indicado como referência pelas Unidades de Quimioterapia isoladas (fora da estrutura hospitalar).

CNPJ/ CPF → Campo numérico (obrigatório). Preencher com o número do CNPJ do Serviço/Modalidade de Tratamento indicado como referência.

CNES

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Código do Município → Campo numérico (obrigatório). Preencher com o código do município onde se situa o Serviço/Modalidade de Tratamento indicado como referência, de acordo com a “**Tabela Específica de Codificação de Municípios do IBGE**”.

Nome do Município → Campo alfabético. Preencher com o nome do município onde se situa o Serviço/Modalidade de Tratamento. (Se não encontrar o Código, colocar também o Estado).

NOTA: Quando o Serviço/ Modalidade de Tratamento pertencer à própria unidade preencher com os dados dela.

ATENÇÃO - ASSINATURAS:

Data, Assinatura e Carimbo do Cadastrador	Data, Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Estabelecimento	Data, Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Não esquecer que em todas as folhas do Cadastramento devem constar as assinaturas originais e carimbos, do Cadastrador do Estabelecimento e do Responsável pela Unidade (não necessariamente com o status de Diretor).