

## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

#### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO – Ficha nº 12 – Módulo de Hemoterapia



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 Hemoterapia.

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 os mesmos.

#### DADOS OPERACIONAIS/ IDENTIFICAÇÃO:

<b>Dados Operacionais</b>	Inclusão <input type="radio"/>	Alteração <input type="radio"/>	Exclusão <input type="radio"/>
CNES <input type="text"/>	Nome Estabelecimento <input type="text"/>		

#### 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.

## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

#### 2 - 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 DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA:

##### Caracterização do Serviço de Hemoterapia

###### Quantidade de Salas

<b>Coleta</b>	Cadastro/ Recepção <input type="text"/>	Triagem Hematológica <input type="text"/>	Triagem Clínica <input type="text"/>	Coleta <input type="text"/>	Aférese <input type="text"/>		
<b>Processamento</b>	Processamento <input type="text"/>	Pré-Estoque <input type="text"/>	Estoque <input type="text"/>	Distribuição <input type="text"/>			
<b>Laboratório</b>	Sorologia <input type="text"/>	Imunohematologia <input type="text"/>	Pré-Transfusionais <input type="text"/>	Hemostasia <input type="text"/>	Controle de Qualidade <input type="text"/>	Biologia Molecular <input type="text"/>	Imunofenotipagem <input type="text"/>
<b>Atendimento</b>	Transusão <input type="text"/>	Seguimento do Doador <input type="text"/>					

#### Número de Salas:

Coleta → Preencher com a quantidade de salas de Recepção/Cadastro; Triagem Hematológica; Triagem Clínica; Coleta e de Aférese.

Processamento → Preencher com a quantidade de salas de Processamento, Pré-estoque; Estoque e Distribuição.

Laboratório → Preencher com a quantidade de salas de Sorologia; Imunohematologia; Pré-transfusionais; Hemostasia; Controle de Qualidade, Biologia Molecular e de Imunofenotipagem.

Atendimento → Preencher com quantidade de salas de Transusão e de Seguimento do Doador.

## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

#### QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS/ PROCEDIMENTOS ESPECIAIS – HEMOTERAPIA:

##### Quantidade de Equipamentos / Procedimentos Especiais - Hemoterapia

Cadeiras Reclináveis	Centrífugas Refrigeradas	Refrigerador p/ Guarda de Sangue	Congelador Rápido	Extrator Automático de Plasma	Freezer -18° C	Freezer -30° C	Agitador de Plaquetas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Seladoras	Irradiador de Hemocomponentes	Aglutinoscópio	Máquina de Aférese	Refrigerador p/ Guarda de Reagentes	Refrigerador p/ Guarda de Amostras de Sangue	Capela de Fluxo Laminar	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Marcar a quantidade numérica de cada um dos itens constantes acima.

#### SERVIÇOS REFERENCIADOS:

##### Serviços Referenciados

Hemocentro Coordenador	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Hemocentro Regional	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Núcleo de Hemoterapia	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
Central Sorológica	Nome / Razão Social	<input type="text"/>	CPF / CNPJ	<input type="text"/>
	Município	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>

Nome/ Razão Social → Informar a Razão Social do serviço indicado como referência.

CNES → Preencher com o número de registro do estabelecimento responsável pelo serviço no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Código do Município → Preencher com o código do município onde se situa o serviço de referência, de acordo com a tabela de municípios do IBGE.

Nome do Município → Preencher com o nome do município.

## CNES

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

#### FORMALIZAÇÃO:

##### Formalização

Médico Hemoterapeuta Responsável	<input type="text"/>	CPF	<input type="text"/>
Médico Hematologista Responsável	<input type="text"/>	CPF	<input type="text"/>
Responsável Técnico / Sorologia	<input type="text"/>	CPF	<input type="text"/>
Médico Capacitado Responsável	<input type="text"/>	CPF	<input type="text"/>

Preencher com o Nome e o número de CPF dos profissionais conforme solicitado para cada área de responsabilidade.

#### 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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).