



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 DESTE ESTABELECIMENTO 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

_____	_____	_____
_____	_____	_____