
**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA
FICHA DO CADASTRO
DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
– FCES –**

DADOS OPERACIONAIS→ INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

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 do Profissional, onde as opções Inclusão, Alteração e Exclusão se referem ao profissional, 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 2.1 – 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 o campo 2.1 – CNES deverá ser preenchido 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 o campo 2.1 – CNES deverá ser preenchido com o código do estabelecimento.

– **Tipo de Estabelecimento/Unidade:** Este campo é de **preenchimento obrigatório.**

CÓDIGO	TIPO	CONCEITO
22	CONSULTORIO ISOLADO	Sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.

ATENÇÃO!

22 – Consultório Isolado → Sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior. É a opção onde se insere a maior parte dos consultórios médicos e odontológicos onde o profissional possui uma sala destinada ao seu atendimento.

IDENTIFICAÇÃO (continuação)**– Razão Social:**

Para Pessoa Jurídica preencher com o nome da Razão Social inscrita no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) da Secretaria da Receita Federal. **No caso de pessoa física, preencher o nome, de acordo com a inscrição do CPF na Receita Federal.**

Havendo necessidade de abreviação do nome, não abreviar o primeiro nome, o segundo e o último nome. Campo alfabético obrigatório.

– Nome Fantasia:

Preencher com o nome pelo qual o Estabelecimento é comumente conhecido. Se o cadastro for de pessoa física, o campo ficará em branco. Este campo é alfabético.

– Logradouro/Número:

Preencher com o nome ou abreviatura do logradouro (Rua, Avenida, etc.) onde o Estabelecimento está situado.

Quando o nome completo do logradouro não couber no espaço, abreviar os intermediários, nunca o primeiro, o segundo ou o último. **Campo alfanumérico.**

– Complemento:

Preencher com bloco, sala, conjunto, etc. Caso não exista esta informação, deixar em branco. Campo alfanumérico.

– **Bairro:**

Preencher com o nome do Bairro onde a Unidade está situada. Campo alfanumérico. **É de preenchimento obrigatório.**

– **Nome do Município:**

Preencher com o nome do Município onde a Unidade está situada.

– **Código do IBGE do Município:**

Preencher com o código do IBGE do Município de Jundiaí – **Cód. IBGE 352590.**

Campo numérico e obrigatório.

– **Unidade da Federação:**

Preencher com a sigla – **SP. Campo alfabético obrigatório.**

– **CEP:**

Preencher com o código de Endereçamento Postal da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. É obrigatório o preenchimento com 8 dígitos.

– **Telefone:**

Campo de preenchimento obrigatório.

– **Fax:**

Caso o estabelecimento não possua, deverá ser deixado o campo em branco.

– **E-mail:**

Endereço eletrônico do estabelecimento. Trata-se de campo alfanumérico.

CARACTERIZAÇÃO

– **Esfera Administrativa:**

Preencher, de acordo com a tabela de Esfera Administrativa.

O preenchimento é obrigatório.

CÓD.	ESFERA ADMINISTRATIVA
------	-----------------------

04	PRIVADA
----	---------

– **Natureza da Organização:** *preencher conforme a opção a seguir*

Este campo é de **preenchimento obrigatório.**

CÓDIGO	NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO	CARACTERÍSTICA
07	EMPRESA	Instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio, para a exploração de atividade econômica.

– **Retenção de Tributos:**

Preencher com o código referente à alíquota de retenção de tributos, segundo a legislação vigente da Secretaria da Receita Federal, conforme tabela abaixo:

Este campo é de **preenchimento obrigatório.**

SITUAÇÃO	CÓD. DE RETENÇÃO
----------	------------------

Unidade Pessoa Física	16
------------------------------	-----------

– **Atividade de Ensino/Pesquisa** *preencher conforme a opção a seguir:*

Este campo é de **preenchimento obrigatório.**

CÓDIGO	UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA
01	Unidade Universitária
02	Unidade Escola Superior Isolada
03	Unidade Auxiliar de Ensino
04	Unidade sem atividade de ensino

– **Tipo de Prestador:**

Este campo será informado automaticamente pelo sistema.

– **Nível de Hierarquia :** é obrigatório o preenchimento, *preencher conforme a opção a seguir:*

CÓD.	DESCRIÇÃO
01	Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica – PAB e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada – PABA, definidos pela NOAS.
02	Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza somente procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 1º nível de referência – M1.
03	Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pelo Ministério da Saúde como de 2º nível de referência – M2 e/ou de 3º nível de referência – M3.

04	Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Alta Complexidade definidos pelo Ministério da Saúde
05	Estabelecimento de Saúde que realiza além de procedimentos nos de níveis de hierarquia 01 e 02, efetua, primeiro atendimento hospitalar em pediatria e em clínica médico, partos e outros procedimentos hospitalares de menor complexidade em clínica, cirurgia, pediatria e obstetrícia.
06	Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos nos níveis de hierarquia 02 e 03. Além de procedimentos hospitalares de média complexidade. Por definição, enquadram-se neste nível, os hospitais especializados.
07	Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos hospitalares de média complexidade. Realiza procedimentos previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 02 e 03, abrangendo SADT ambulatorial de alta complexidade.
08	Estabelecimento de Saúde capacitado a realizar procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e ou ambulatorial.

MUITA ATENÇÃO!

- Consultórios médicos isolados e clínicas sem procedimentos específicos se enquadram normalmente na opção 02 – Média Complexidade – M1 (1º Nível da NOAS).
- Consultórios de profissionais não médicos e sem procedimentos listados na tabela de serviços do aplicativo podem ser registrados como 01 – PABA – Procedimentos de Atenção Básica Ampliada.
- As opções de 05 a 08 são restritas a estabelecimentos hospitalares.
- É essencial a compatibilidade da informação entre o Nível de Hierarquia, o Nível de Atenção e os Serviços Prestados pelo estabelecimento, caso contrário as informações do mesmo não serão consistidas, por exemplo, um local que realize Tomografia (Alta Complexidade) e assinale um nível de hierarquia que não contemple a Alta Complexidade ou mesmo não conste a Alta Complexidade no Nível de Atenção.
- Se o profissional realiza procedimentos de Alta Complexidade, mas não no estabelecimento que está sendo cadastrado, não deverá constar tal informação aí, apenas no cadastro do estabelecimento onde realiza tais procedimentos.

– **Fluxo de Clientela :** é obrigatório o preenchimento, *preencher conforme a opção a seguir:*

Cód.	FLUXO DE CLIENTELA	CARACTERÍSTICA
01	ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA	Quando o cliente procura espontaneamente a Unidade.
02	ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA	Quando a Unidade atende somente clientela a ela referenciada.
03	ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	Quando a Unidade atende clientes à ela encaminhados e clientes que procuram espontaneamente a Unidade.

– **Turno de atendimento :** é obrigatório o preenchimento, *preencher conforme a opção a seguir:*

CÓDIGO	TURNO DE ATENDIMENTO
01	Atendimento somente pela manhã
02	Atendimento somente à tarde
03	Atendimento nos turnos da manhã e à tarde
04	Atendimento nos turnos da manhã, tarde e noite
05	Atendimento em turnos intermitentes
06	Atendimento contínuo de 24 horas/dia (plantão: inclui sábados, domingos e feriados)

– **Nível de Atenção**

Marcar com X quem faz a gestão-de cada atividade executada pelo estabelecimento.

Preenchimento obrigatório deste campo.

- Tipo → Ambulatorial obrigatoriamente.
- Atividade → Atenção Básica corresponde ao atendimento de consultas não médicas e procedimentos sem complexidade; Média Complexidade corresponde às consultas médicas e aos procedimentos enquadrados pela NOAS/ Ministério da Saúde como de Média Complexidade em um de seus diferentes graus de hierarquia.
- Gestão → Este campo identifica com qual gestor o estabelecimento tem contrato/ convênio, e que é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados ao SUS, se o contrato for com a Prefeitura/ Secretaria Municipal de Saúde = Municipal, se for com a Secretaria de Estado da Saúde = Estadual, assim como os estabelecimentos ligados ao próprio estado.

– Nível de Atenção (continuação)

No caso de estabelecimento que não dispõe de contrato/convênio com o SUS, o preenchimento do campo “Gestão” deve ser referente ao Gestor que libera o Alvará Sanitário, normalmente a Secretaria Municipal de Saúde, portanto, Municipal.

– Atendimento Prestado:

O campo especifica o tipo de atendimento prestado que o estabelecimento executa, obedecendo à legislação vigente. Este campo é de **preenchimento obrigatório**.

Para cada tipo de atendimento prestado é permitido marcar mais de uma opção com X nas quadriculas que correspondem ao convênio:

- SUS → Estabelecimento com contrato para atendimento pelo SUS;
- Particular → Estabelecimento com atendimento a usuários particulares;
- Plano de Saúde Público → atende como prestador as operadoras vinculadas apenas aos servidores da área pública (ex. IAMSPE);
- Plano de Saúde Privado → atende como prestador de operadoras de saúde.

ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA

– Internet: Conexão à Internet

O campo especifica a existência de conexão à informática, marcar com X, na quadricula correspondente. Este campo é de **preenchimento obrigatório**.

– Internet: Tipo de Conexão

Marcar com X o tipo de conexão à internet implantado no Estabelecimento. Caso não exista a conexão específica, deixar em branco.

– Telefonia: Telefonia Fixa

O campo especifica a existência de telefonia FIXA, marcar com X, na quadricula correspondente. Este campo é de **preenchimento obrigatório**.

CONTRATO/CONVÊNIO E VIGILÂNCIA

– Vínculo com SUS:

Este bloco somente deverá ser preenchido em estabelecimentos que têm contrato/convênio SUS.

– Dados bancários:

O campo – É necessário o preenchimento.

– Vigilância Sanitária:

Nestes campos, deverão ser informados, respectivamente, o número do **Alvará de Funcionamento sanitário**, a data e **Órgão responsável** pela sua expedição.

INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA A ASSISTÊNCIA

Preencher os campos específicos, com número de instalações existentes e em funcionamento na unidade.

SERVIÇO /CLASSIFICAÇÃO

Código e descrição do serviço: destinado ao registro do(s) serviço(s), existente(s) no estabelecimento – consultar **Tabela de Classificação de Serviços-Classificação**, em anexo.

Marcar com **X** nas colunas: Prop.(próprio), Terc.(terceirizados), Amb.(ambulatorial), SUS (ambulatorial/SUS), Hosp.(hospitalar) e SUS(hospitalar/SUS), para cada classificação das opções de serviços especializados/classificações existentes na Unidade, identificando se disponibilizados ou não para o SUS.

Próprio: sob gerência da Unidade.

Terceiros: sob gerência de terceiros dentro ou fora da Unidade.

Ambulatorial: preencher o campo, quando o serviço estiver disponível para atendimento a pacientes ambulatoriais.

Hospitalar: preencher o campo, quando estiver disponível para atendimento a pacientes internados.

SUS: indica que o serviço especializado está disponível ao atendimento SUS.

Não SUS: Indica que o serviço especializado não está disponível ao atendimento SUS.

PREENCHIMENTO DO CAMPO DE CNES DE TERCEIRO.

Este campo deverá ser preenchido com código de CNES do Estabelecimento (Terceiro) que executa a classificação do serviço especializado, quando tiver sido informado que ela é executada por terceiros.

EQUIPAMENTOS

Informar a quantidade de equipamentos **existentes e em uso** nas colunas próprias. Se o equipamento estiver à disposição do SUS, marcar com X, na quadrícula correspondente.