

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)

FICHA 01 - MÓDULO BÁSICO (Identificação Principal e Complementar)

CAMPOS OBRIGATÓRIOS

1. DADOS OPERACIONAIS:

Ticar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO.**

2. IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL:

No caso de **INCLUSÃO OU EXCLUSÃO**, preencher:

- 2.1) Número do CNES: Quando já possuir;
- 2.2) PESSOA: FÍSICA (CPF) ou JURÍDICA (CNPJ);
- 2.3) CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO: Dependendo do tipo de pessoa (física ou jurídica);
- 2.4) CNPJ DA MANTENEDORA: Caso o estabelecimento pessoa jurídica seja dependente de outro;
- 2.5) SITUAÇÃO – INDIVIDUAL ou MANTIDO: Caso o estabelecimento seja dependente de outro ou não (relação matriz/filial);
- 2.6) TIPO DE ESTABELECIMENTO/UNIDADE:

CÓD	TIPO	CONCEITO
2	CENTRO DE SAÚDE/ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24H.
4	POLICLÍNICA	Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.
15	UNIDADE MISTA	Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5.
22	CONSULTÓRIO ISOLADO	Sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.
32	UNIDADE MÓVEL FLUVIAL	Barco/navio equipado como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico.
36	CLÍNICA ESPECIALIZADA/ AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	Clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. (Centro Psicossocial/Reabilitação etc..)
39	UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	Unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.
40	UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	Veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente.
42	UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde. (PTMS/GM 824, de 24/Jun/1999).
43	FARMÁCIA	Estabelecimento de saúde isolado em que é feita a dispensação de medicamentos básicos/essenciais (Programa Farmácia Popular) ou medicamentos excepcionais/alto custo previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
60	COOPERATIVA	Unidade administrativa que disponibiliza seus profissionais cooperados para prestarem atendimento em estabelecimento de saúde.
61	CENTRO DE PARTO NORMAL ISOLADO	Unidade intra-hospitalar ou isolada, especializada no atendimento da mulher no período gravídico-puerperal, conforme especificações da PT/MS 985/99.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS – SEMSA**

62	HOSPITAL/DIA ISOLADO	Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.
69	CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	Estabelecimento que realiza o ciclo do sangue, desde a captação do doador, processamento, testes sorológicos, testes imunohematológicos, distribuição e transfusão de sangue de maneira total ou parcial.
70	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Unidade especializada que oferece atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em ações relativas à saúde mental.
71	CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA	Estabelecimento isolado com as seguintes especificações: Estabelecimento de saúde de esfera administrativa pública com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.
72	UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	Estabelecimento de natureza pública ou privada que realiza atendimentos de atenção básica e integral a saúde da população indígena.

OBS: Caso seu Estabelecimento não se enquadrar em nenhum dos citados acima consultar o arquivo em pdf “ANEXO DO MANUAL TÉCNICO DO CNES TABELAS ATUALIZADAS”

- 2.7) **RAZÃO SOCIAL:** Conforme Alvará de Licença da Prefeitura;
- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;
- 2.9) **LOGRADOURO:** Nome completo da rua ou correspondente postal (tais como avenida, travessa, rodovia), sem abreviações;
- 2.10) **NÚMERO:** Número do imóvel no logradouro estabelecido;
- 2.11) **COMPLEMENTO:** Ex: salas, apartamentos, andares, etc;
- 2.12) **BAIRRO:** Nome completo do bairro, sem abreviações, conforme consta nos dados dos Correios;
- 2.14) **NOME DO MUNICÍPIO:** Município onde se encontra o estabelecimento;
- 2.15) **UF:** Unidade Federativa, Estado ao qual o município pertence;
- 2.16) **CEP:** Conforme consta nos dados dos Correios;
- 2.21) **DDD/TELEFONE:** Telefone do estabelecimento ou do seu gestor, caso seja necessário contato posterior, constando o DDD da região;
- 2.23) **E-MAIL:** Preferencialmente o e-mail institucional ou do responsável pelo estabelecimento;
- 2.24) **DIRETOR CLÍNICO OU GERENTE/ ADMINISTRADOR:** Citar o nome do responsável pelo estabelecimento, no caso de hospitais, o diretor clínico. É necessário o preenchimento das fichas profissionais, constando o vínculo e CBO como gerente ou diretor clínico e a devida carga horária dedicada a esta ocupação (vide instruções de preenchimento das fichas 20 e 21);

### 3. IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

#### 3.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- 3.1.1) **Nº DO ALVARÁ:** Número do Alvará da Vigilância Sanitária atualizado (Ex: xxxx/2013);
- 3.1.2) **DATA DE EXPEDIÇÃO:** Data de emissão do alvará;
- 3.1.3) **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** Sempre tifar em SMS (Secretaria Municipal de Saúde);

#### 3.2 DADOS BANCÁRIOS

Será preenchido somente quando o Estabelecimento privado for contrato SUS.

#### 3.3 REPRESENTANTE LEGAL

Somente no caso de **Instituições Filantrópicas** sem fins lucrativos.

- 3.3.1) **CPF**
- 3.3.2) **NOME DO REPRESENTANTE LEGAL**
- 3.3.3) **CARGO**
- 3.3.4) **E-MAIL:** Preferencialmente o e-mail da instituição.

No caso de **ALTERAÇÃO**, preencher:

- 2.1) **CNES:** Número do CNES;
- 2.7) **RAZÃO SOCIAL:** Razão social do estabelecimento conforme Alvará de Licença da Prefeitura;
- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e **preencher APENAS o campo a ser alterado.**

**OBSERVAÇÃO:** Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)

FICHA 02 - Módulo Básico (Nível de Atenção e Atendimento Prestado)

CAMPOS OBRIGATÓRIOS

1. DADOS OPERACIONAIS:

Ticar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO.**

2. IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL:

No caso de **INCLUSÃO OU EXCLUSÃO**, preencher:

2.8) **NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO** Quando já possuir;

5. CARACTERIZAÇÃO:

5.1 **Esfera Administrativa:** Preencher, de acordo com a tabela de Esfera Administrativa, com o cód. 04 - privada. O preenchimento é obrigatório.

5.2 **Natureza da Organização:** Preencher conforme a opção a seguir.

CÓDIGO	NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO	CARACTERÍSTICA
07	EMPRESA	Instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio, para a exploração de atividade econômica.
08	FUNDAÇÃO PRIVADA	Instituição dotada de personalidade jurídica autônoma de direito privado, sendo de atividade pública ou beneficente.
09	COOPERATIVA	Instituição civil de direito privado, constituída por membros de determinado grupo social que objetivem atividades em benefícios comu .
10	SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO	Entidade para-estatal de cooperação com o poder público e com administração e patrimônios próprios.
11	ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS	Entidade associativa civil de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolve atividade beneficente de assistência social.
12	ECONOMIA MISTA	Instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com participação do poder público e de particulares no seu capital e na administração, para realização de atividades econômicas ou serviços de interesse coletivo outorgado ou delegado pelo estado.
13	SINDICATO	Entidade Associativa de uma ou mais categorias profissionais, com personalidade jurídica de direito privado, que pode desenvolver atividades de assistência social a seus associados.

**OBS: Se o Estabelecimento for Pessoa Física colocar o código 07 - Empresa**

5.3 **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:

SITUAÇÃO	CÓD. DE RETENÇÃO
Unidade Pública	10
Unidade Filantrópica	11
Unidade sem fins lucrativos	12
Unidade Privada Lucrativa – opção pelo simples	13
Unidade Privada Lucrativa	14
Unidade Sindical	15
<b>Unidade Pessoa Física</b>	<b>16</b>

5.4 **Atividade de Ensino/Pesquisa:** Preencher conforme a opção a seguir:

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

5.5 **Tipo de Prestador:** Este campo será informado automaticamente pelo sistema ao verificar os campos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4.

**5.6 Nível de Hierarquia:** 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.

**5.7 Fluxo de Clientela:** Preencher conforme a opção a seguir:

CÓDIGO	FLUXO DE CLIENTELA
01	Atendimento de Demanda Espontânea
02	Atendimento de Demanda Referenciada
03	Atendimento de Demanda Espontânea e Referenciada

**5.8 Turno de atendimento:** 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)

**5.9 NÍVEL DE ATENÇÃO:**

**TIPO:** **AMBULATORIAL** ou **HOSPITALAR** - Opção apropriada ao estabelecimento;

**ATIVIDADE:** **ATENÇÃO BÁSICA** (postos de saúde)  
**MÉDIA COMPLEXIDADE** (clínicas, laboratórios, etc...)  
**ALTA COMPLEXIDADE** (hospitais, etc...);

**GESTÃO:** **ESTADUAL** ou **MUNICIPAL** - Sempre municipal.

**5.10. ATENDIMENTO PRESTADO** Ver o tipo de atendimento, geralmente **AMBULATORIAL**, e seguir a mesma linha, assinalando no modo de atendimento, se **SUS**, **PARTICULAR**, **PLANO DE SAÚDE PÚBLICO** (planos direcionados a servidores públicos de todas as esferas) ou **PLANO DE SAÚDE PRIVADO** (particulares).

NO CASO DE **ALTERAÇÃO**, PREENCHER:

2.1) **CNES:** Número do **CNES**;

2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e preencher **APENAS** o campo a ser alterado.

**OBSERVAÇÃO:** Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.

**CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)**

**FICHA 04 - MÓDULO BÁSICO (Estrutura de Comunicação e Comissões)**

**CAMPOS OBRIGATÓRIOS**

**1. DADOS OPERACIONAIS:**

Marcar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO**.

- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;

**8. ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO INFORMÁTICA:**

**8.1. INTERNET:**

- 8.1.1. **CONEXÃO COM INTERNET** Marcar no campo determinado se o estabelecimento possui ou não acesso a internet;
- 8.1.2. **TIPO DE CONEXÃO** Marcar no tipo de conexão com a internet que o estabelecimento possui;

**8.2. INTERNET:**

- 8.2.1. **TELEFONIA FIXA** Se o estabelecimento possui telefone fixo, tique em **SIM**, caso contrário no **NÃO**;
- 8.2.2. **TELEFONIA MÓVEL** Se o estabelecimento possui telefone móvel, tique em **SIM**, caso contrário no **NÃO**;

**9. COMISSÕES E OUTROS:**

Destina apenas aos estabelecimentos onde existam comissões instaladas.

No caso de **ALTERAÇÃO**, preencher:

- 2.1) **CNES:** Número do **CNES**;
- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e preencher **APENAS o campo a ser alterado**.

**OBSERVAÇÃO:** Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)

**FICHA 06 - Instalações Físicas para a Assistência**

**CAMPOS OBRIGATÓRIOS**

**1. DADOS OPERACIONAIS:**

Marcar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO.**

- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;

**15. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA A ASSISTÊNCIA:**

- 15.1. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** (só para serviços de atendimento de urgência) – verificar qual tipo de instalação existe no estabelecimento e colocar a quantidade correspondente dentro do espaço devido (valor numérico).
- 15.2. AMBULATORIAL** (para estabelecimentos que prestam serviços ambulatoriais – clínicos e laboratoriais) – verificar qual tipo de instalação existe no estabelecimento e colocar a quantidade correspondente dentro do espaço devido (valor numérico).
- 15.3. HOSPITALAR** (só para hospitais) – verificar qual tipo de instalação existe no estabelecimento e colocar a quantidade correspondente dentro do espaço devido (valor numérico).

**Observar a área destinada ao seu tipo de atendimento e só preencher o que estiver incluído nele.**

**Quando não houver em seu estabelecimento o tipo de instalação descrita na ficha, deixar o espaço em branco, não há necessidade de colocar o número zero.**

**No caso de ALTERAÇÃO, preencher:**

- 2.1) **CNES:** Número do CNES;
- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e **preencher APENAS o campo a ser alterado.**

**OBSERVAÇÃO:** Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.

**CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)**

**FICHA 07 – Serviços de Apoio**

**CAMPOS OBRIGATÓRIOS**

**1. DADOS OPERACIONAIS:**

Marcar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO.**

- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;

**16. SERVIÇOS DE APOIO**

Na ficha consta o tipo de **SERVIÇO** e logo à frente dois espaços, um na coluna de **PRÓPRIO** e outra na coluna de **TERCEIRIZADO**. Confira quais os tipos de serviço possui e tique no espaço determinado para indicar se é próprio (realizado por funcionários pertencentes à empresa) ou se é terceirizado (realizado por funcionários de outra empresa, mesmo que dentro das instalações do estabelecimento cadastrado).

**Caso não tenha nenhum dos serviços mencionados, não há necessidade de preenchimento, porém a ficha deve vir assinada e carimbada como todas as outras.**

No caso de **ALTERAÇÃO**, preencher:

- 2.1) **CNES:** Número do **CNES**;

- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e **preencher APENAS o campo a ser alterado.**

**OBSERVAÇÃO:** Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.

**CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)**

**FICHA 08 – Módulo Conjunto**

**CAMPOS OBRIGATÓRIOS**

**1. DADOS OPERACIONAIS:**

Marcar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO.**

- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;

**17. SERVIÇOS ESPECIALIZADOS:**

Deve ser preenchido de acordo com a **TABELA DE SERVIÇOS CLASSIFICAÇÃO X CBO**, disponível no arquivo em pdf **“ANEXO DO MANUAL TÉCNICO DO CNES TABELAS ATUALIZADAS”** 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.

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.

**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.

**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.

**No caso de ALTERAÇÃO, preencher:**

- 2.1) **CNES:** Número do CNES;

- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e **preencher APENAS o campo a ser alterado.**

**OBSERVAÇÃO:** Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)

**FICHA 13, 14, 15, 16 e 17 – Equipamentos (Continuação)**

**CAMPOS OBRIGATÓRIOS**

**1. DADOS OPERACIONAIS:**

Marcar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO.**

**2.8) NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;

**29 EQUIPAMENTOS:** Verificar se o estabelecimento tem algum dos equipamentos descritos. Se sim, especificar a **QUANTIDADE EXISTENTE** (quantos equipamentos existem no estabelecimento), a **QUANTIDADE EM USO** (quantos dos equipamentos que existem estão sendo utilizados) e se está disponível para atendimento **SUS** ou não.

Verificar se o estabelecimento tem algum dos equipamentos descritos. Se sim, especificar a **QUANTIDADE EXISTENTE** (quantos equipamentos existem no estabelecimento), a **QUANTIDADE EM USO** (quantos dos equipamentos que existem estão sendo utilizados) e se está disponível para atendimento **SUS** ou não.

**FICHA 16 e 17 – Equipamentos (Continuação)**

**30 REJEITOS** Assinalar no espaço adequado o tipo de rejeito produzido pelo estabelecimento, se **RESÍDUOS BIOLÓGICOS, RESÍDUOS QUÍMICOS, REJEITOS RADIOATIVOS, RESÍDUOS COMUNS** (lixo comum) ou **NENHUM**.

**Caso não tenha nenhum dos serviços mencionados, não há necessidade de preenchimento, porém a ficha deve vir assinada e carimbada como todas as outras.**

**No caso de ALTERAÇÃO, preencher:**

**2.1) CNES:** Número do CNES;

**2.8) NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e **preencher APENAS o campo a ser alterado.**

**OBSERVAÇÃO:** Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)

**FICHA 20 – CADASTRO DE PROFISSIONAL**

**CAMPOS OBRIGATÓRIOS**

**1. DADOS OPERACIONAIS:**

Marcar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO**.

- 2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;

**34. DADOS DO PROFISSIONAL:**

**CADASTRAMENTO** - ticar em **SUS** ou **NÃO SUS**, dependendo do tipo de atendimento que o profissional prestará;

**34.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

- 34.1.1 **NOME DO PROFISSIONAL** (completo, sem abreviação);  
34.1.3 **CPF**;  
34.1.5 **SEXO**;  
34.1.7 **NOME DA MÃE** (completo, sem abreviação);  
34.1.8 **NOME DO PAI** (completo, sem abreviação);  
34.1.9 **DATA DE NASCIMENTO DO PROFISSIONAL** (dia, mês e ano);  
34.1.10 **MUNICÍPIO DE NASCIMENTO** (completo, sem abreviação);  
34.1.11 **Código do IBGE:** 130260  
34.1.12 **UF** (Unidade Federativa = Estado onde nasceu);  
34.1.20 **Nº IDENTIDADE**;  
34.1.21 **UF** (Unidade Federativa = Estado onde tirou o RG);  
34.1.22 **ÓRGÃO EMISSOR** (órgão responsável pela emissão do RG);  
34.1.23 **DATA DE EMISSÃO** (dia, mês e ano);  
34.1.24 **NACIONALIDADE**;

**34.2 DADOS RESIDENCIAIS:**

- 34.2.1 **TIPO DE LOGRADOURO** (Ex: rua, avenida, rodovia, travessa, etc...);  
34.2.2 **LOGRADOURO** (o nome do logradouro, completo, sem abreviação);  
34.2.3 **NÚMERO**;  
34.2.4 **COMPLEMENTO** (Ex: apartamento, bloco, fundos, etc...);  
34.2.5 **BAIRRO/DISTRITO** (completo, sem abreviação);  
34.2.6 **MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA** (completo, sem abreviação);  
34.2.8 **UF** (Unidade Federativa = Estado onde reside);  
34.2.9 **CEP** (conforme dados dos Correios);

**Observação:** Esta ficha deve ser preenchida sempre que um profissional ingressar no quadro funcional de um estabelecimento seja qual for tipo de vínculo dele com a empresa, mesmo que temporariamente.

No caso de **ALTERAÇÃO**, preencher:

- 2.1) **CNES:** Número do CNES;  
2.8) **NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura e preencher **APENAS** o campo a ser alterado.

**OBSERVAÇÃO:** Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO)

**FICHA 21 – Cadastro de Profissional (continuação)**

**CAMPOS OBRIGATÓRIOS**

**1. DADOS OPERACIONAIS:**

Marcar no espaço determinado dependendo de cada caso, **INCLUSÃO, ALTERAÇÃO, EXCLUSÃO**.

**2.8) NOME FANTASIA:** Se houver, conforme Alvará de Licença da Prefeitura, caso contrário ficará o mesmo que a Razão Social;

**34.1.1) NOME DO PROFISSIONAL**

**No caso de INCLUSÃO, preencher:**

**34. DADOS DO PROFISSIONAL:**

**34.4. VÍNCULOS:**

**34.4.1. REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE** (somente numeral);

34.4.2 – Órgão Emissor, preencher conforme a opção a seguir:

CÓD.	ÓRGÃO
10	SSP
40	Organismos Militares
41	Comando da Aeronáutica (Ex Ministério da Aeronáutica)
42	Comando do Exército (Ex Ministério do Exército)
43	Comando da Marinha (Ex Ministério da Marinha)
44	Polícia Federal
60	Carteira de Identidade Classista
61	Conselho Regional de Administração
62	Conselho Regional de Assistente Social
63	Conselho Regional de Biblioteconomia
64	Conselho Regional de Contabilidade
65	Conselho regional de Corretores de Imóveis
66	Conselho Regional de Enfermagem
67	Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Conselho Regional de Estatística
69	Conselho Regional de Farmácia
70	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Conselho Regional de Medicina
72	Conselho Regional de medicina Veterinária
73	Ordem dos Músicos do Brasil
74	Conselho Regional de Nutrição
75	Conselho Regional de Odontologia
76	Conselho Regional de Profissionais de Relações Públicas
77	Conselho Regional de Psicologia
78	Conselho Regional de Química
79	Conselho regional de Representantes Comerciais
80	Ordem dos Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

**34.4.3 ATENDIMENTO SUS:** Marcar em **SIM** ou **NÃO** caso preste atendimento SUS ou não no estabelecimento que está sendo cadastrado;

**34.4.4 VÍNCULO: VINCULAÇÃO** (citar o tipo de vínculo que terá com o estabelecimento. Ex: autônomo, celetista, estagiário, etc...)

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS – SEMSA**

**TABELA DE VÍNCULOS DE PROFISSIONAIS**

VINCULO COM ESTABELECIMENTO	VINCULO COM O EMPREGADOR	DETALHAMENTO DO VINCULO	CONCEITO	SOLICITA CNPJ	TIPO DE VINCULO ACEITO EM ESTABELECIMENTOS COM NAT. JUR.
01 VINCULO EMPREGATICIO	01 ESTATUTARIO EFETIVO	01 SERVIDOR PRÓPRIO	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de cargo efetivo do próprio ente público regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	NÃO	Grupo 1 (exceto 121-0, 122-8, 125-2, 126-0 e 127-9)
		02 SERVIDOR CEDIDO	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8
	02 EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA	02 PRÓPRIO	Empregado público do próprio ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.	NÃO	121-0, 122-8, 125-2, 126-0, 127-9, 201-1, 203-8
		03 CEDIDO	Empregado público, cedido por outro ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado.	SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8
	03 CONTRATADO TEMPORÁRIO OU POR PRAZO / TEMPO DETERMINADO	01 PÚBLICO	Trabalhador temporário, contratado pela Administração Pública Direta ou Indireta por prazo/tempo determinado, regido por lei específica (federal, estadual, distrital ou municipal) ou pela CLT.	NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8
		02 PRIVADO	Trabalhador temporário, contratado por pessoa física ou jurídica por prazo determinado, regido pela CLT.	NÃO	Grupos 2 (exceto 201-1, 203-8), 3, 4 e 5;
	04 CARGO COMMISSIONADO	03 SERVIDOR PÚBLICO PRÓPRIO	Servidor ou empregado público efetivo, próprio do ente ou entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.	NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8
		04 SERVIDOR PÚBLICO CEDIDO	Servidor ou empregado público efetivo da Administração Pública Direta ou Indireta, cedido por outro ente ou entidade pública, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.	SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8
		05 SEM VINCULO COM O SETOR PÚBLICO	Trabalhador não efetivo ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração, sem vínculo com setor público.	NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8
	05 CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.	NÃO	Grupos 2 (exceto 201-1, 203-8), 3, 4 e 5;
09 PESSOA JURIDICA		00 NÃO SE APLICA	Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com seu contratante, proprietário/sócio de empresa privada.	SIM	NÃO
10 PESSOA FISICA		00 NÃO SE APLICA	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo.	NÃO	NÃO
02 AUTONOMO	11 COOPERADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador associado a cooperativa e que presta serviços na rede própria da cooperativa, sem vínculo empregatício.	SIM	214-3
	05 RESIDENCIA	01 RESIDENTE	01 PRÓPRIO	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa financiada pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento.	NÃO
02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE			Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa subsidiada por outro ente/entidade.	SIM	NÃO
06 ESTAGIO	01 ESTAGIARIO	01 PRÓPRIO	Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Regido pela Lei nº 11.788/2008.	NÃO	NÃO
07 BOLSA	01 BOLSISTA	02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, por outro ente/entidade (pública ou privada). Regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).	SIM	NÃO
		01 PRÓPRIO	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).	NÃO	NÃO
08 INTERMEDIADO	01 BOLSISTA	02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por outro ente/entidade (pública ou privada). Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).	SIM	NÃO
		01 EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Empregado público intermediado por ente/entidade pública, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.	SIM
08 INTERMEDIADO	02 CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO / TEMPO DETERMINADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador temporário intermediado pela administração pública ou por pessoa física ou pessoa jurídica por prazo determinado, regido por lei específica (ente público) ou pela CLT.	SIM	NÃO
		03 CARGO COMMISSIONADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediado por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta.	SIM
	04 CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador intermediado vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.	SIM	NÃO
		01 PESSOA JURIDICA	Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com o contratante intermediador, proprietário/sócio de empresa privada.	SIM	NÃO
	05 AUTONOMO	02 PESSOA FISICA	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício com o intermediador, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo.	SIM	NÃO
09 INFORMAL	01 CONTRATADO VERBALMENTE	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador associado a cooperativa intermediadora que presta serviços na rede de saúde.	SIM	NÃO
		00 NÃO SE APLICA	Profissional sem contrato formal com o empregador, aguardando sua regularização (situação excepcional).	NÃO	NÃO

**34.4.5 CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO: DESCRIÇÃO** (especialidade que irá exercer no estabelecimento. Ex: cardiologista, fisioterapeuta, ortodontista, pediatra, etc...);

**34.4.6 CARGA HORÁRIA SEMANAL:** preencher com o valor numérico dentro do espaço correspondente caso exerça uma carga horária **AMBULATORIAL** (para clínicas e laboratórios),

**HOSPITALAR** (para hospitais) ou **OUTROS** (para todos os serviços administrativos ou que não requeiram registro em Conselhos de Classe independente do tipo de estabelecimento);

**34.4.7 DATA DE ENTRADA** (dia, mês e ano que efetivamente entrou para o quadro funcional do estabelecimento);

**OBSERVE QUE NA MESMA FICHA HÁ TRÊS ÁREAS SOLICITANDO OS MESMOS DADOS (31.4. VÍNCULOS):**

Estas áreas serão necessárias para os casos em que um mesmo profissional venha a exercer mais de uma função dentro de um mesmo estabelecimento (como no caso de médicos que também são diretores clínicos ou que exerçam mais de uma especialidade), preencha como descrito acima, indicando CBO (s) diferentes em cada área.

**ATENÇÃO PARA A CARGA HORÁRIA NESSES CASOS.**

A carga horária total do profissional (conforme contrato) pode ser dividida entre os vários CBO (s) que ele possa vir a exercer dentro de um mesmo estabelecimento. A carga horária máxima total (somando todos os vínculos, em todos os estabelecimentos) que um profissional pode ter é de cento e sessenta e oito (168) horas/semana.

**OBSERVE: Por lei, o profissional não pode ter mais de dois (2) vínculos públicos e por determinação do Ministério da Saúde, o profissional que tiver mais de cinco (5) vínculos privados, deve enviar uma justificativa à secretaria de seu município (se for o caso, favor entrar em contato).**

No caso de **ALTERAÇÃO**, preencher **APENAS** o campo a ser alterado.

No caso de **EXCLUSÃO**, preencher:

**34.4.7 DATA DE ENTRADA** (dia, mês e ano que efetivamente entrou para o quadro funcional do estabelecimento);

**34.4.8 DATA DE DESLIGAMENTO** (dia, mês e ano que efetivamente se desligou do quadro funcional do estabelecimento);

**34.4.9 MOTIVO DO DESLIGAMENTO: DESCRIÇÃO** (aposentadoria, demissão, morte, término de contrato, etc...)

**OBSERVAÇÃO: Todas as fichas devem conter assinatura e carimbo do responsável pelo estabelecimento.**