



## ROTEIRO GERAL COMO FAZER O CNES em TOLEDO

- 1º - Somente os estabelecimentos de saúde, com **SEDE** na cidade de **TOLEDO** realizam o cadastro na Secretaria Municipal da Saúde de Toledo e que não tenham cadastro do CNES em outro município com o mesmo CNPJ ou CPF;
- 2º - Seguem as instruções para o CADASTRAMENTO da grande maioria dos estabelecimentos de saúde, que são os consultórios isolados a as clínicas médicas, odontológicas, de fisioterapia, e outras;
- 3º - Preencher as fichas com os dados do solicitante e anexar todos os documentos obrigatórios, **(EM ANEXO)**
- 4º - Protocolar na Prefeitura de Toledo ou ONLINE; (INFORMAR TELEFONE PARA CONTATO)
- 5º - O protocolo vai ser encaminhado para o Depto de Gestão da Secretaria de Saúde;
- 6º - **Todos os documentos e Fichas serão avaliados, na falta de algum documento ou fichas o protocolo será indeferido e devolvido.**
- 7º - Todas as fichas recebidas **no mês**, serão cadastradas no SISTEMA DO CNES, e transmitidas no **penúltimo dia do mês**, para o Ministério da Saúde;  
- FICHA para o cadastro de estabelecimento do CNES,  
<https://www.toledo.pr.gov.br/porta/conselho-municipal-de-saude/cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude-cnes>  
é **OBRIGATÓRIO** o preenchimento da FICHA dos profissionais de saúde do estabelecimento.  
<https://www.toledo.pr.gov.br/porta/ficha-de-cadastro-de-profissionais-do-cnes/ficha-de-cadastro-de-profissionais-do-cnes>
- 8º - Após 10 dias do próximo mês, Consultar no site <http://cnes.datasus.gov.br/> (CONSULTA/ ESTABELECIMENTO POR CNES NOME,CPF e CNPJ)
- 9º - Duvidas e Informações através do telefone (45)3378-8669 LUIZ - SMS TOLEDO

### – Dados da ficha para Preenchimento do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento:

#### 1- Dados Operacionais

1 - DADOS OPERACIONAIS	→ INCLUSÃO <input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/>	EXCLUSÃO <input type="checkbox"/>
------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

**Inclusão** quando a folha se referir ao cadastro de um **novο estabelecimento**.

#### 2- IDENTIFICAÇÃO

CNES	<input type="text"/>
------	----------------------

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

O número CNES de um estabelecimento será obtido somente **APÓS** a digitação de seus dados com sucesso no SISTEMA sem nenhum erro e depois de enviado ao Ministério da Saúde.

2.2 - Pessoa
Física <input type="checkbox"/>
Jurídica <input type="checkbox"/>

– PESSOA: Física ou Jurídica:

Assinalar com um X a opção que corresponde ao responsável pelo estabelecimento.

Este campo é de preenchimento Obrigatório

2.3 - CNPJ / CPF Estabelecimento	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

Pessoa jurídica, preencher com o CNPJ e Pessoa Física com o CPF

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

CÓDIGO	TIPO	CONCEITO
22	CONSULTORIO ISOLADO	Salá isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.
36	CLÍNICA ESPECIALIZADA/ AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	Clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência (centro psicossocial/reabilitação).
39	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Conjunto de ações serviços de saúde cuja finalidade seja o diagnóstico, (Exames Laboratoriais, e etc...)

EX:

22 - Consultório Isolado

36 - CLÍNICA ESPECIALIZADA/ AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

39 - UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)



**MUNICÍPIO DE TOLEDO**  
Estado do Paraná  
Secretaria da Saúde



**2.7 a 2.16 IDENTIFICAÇÃO (continuação)**

2.7 - Razão Social			
2.8 - Nome Fantasia			
2.9 - Logradouro		2.10 - Número	
2.11 - Complemento		2.12 - Bairro	
2.13 - Nome do Município		2.14 - Código IBGE do Município	2.15 - UF
2.16 - CEP			
2.21 - Telefone		Nº Licença Sanitária	Data Expedição
2.23 - Email		Data de Validade	
Diretor Clínico ou Gerente Administrador			Possui Internet

- **Razão Social:**  
Para Pessoa Jurídica preencher com o nome da Razão Social CNPJ;  
Para Pessoa física, preencher o nome, de acordo com o CPF;
- **Nome Fantasia:**  
Preencher com o nome pelo qual o Estabelecimento é conhecido.
- **Logradouro/Número:**  
Preencher com o nome (Rua, Avenida, etc.) onde o estabelecimento está situado.  
Preencher com o número do estabelecimento
- **Complemento**  
Preencher com bloco, sala, conjunto, etc. (Caso não exista esta informação, deixar em Branco)
- **Bairro:**  
Preencher com o nome do Bairro onde o estabelecimento está situado
- **CEP:**  
Preencher com o CEP da rua onde o estabelecimento está situado
- **Telefone:** Campo de preenchimento obrigatório
- **Numero da Licença Sanitária:**  
Preencher com o número da Licença Sanitária  
Preencher com a data de expedição e da Validade
- **Email**
- **Diretor ou Responsável pelo estabelecimento (Profissional incluído no CNES do Estabelecimento)**

**3 - Caracterização**

3 - CARACTERIZAÇÃO		
3.1 Atividade de Ensino/Pesquisa	3.2 Fluxo de clientela	3.3 Turno de Atendimento
3.4 Dias da Semana		3.5 Horário Aberto

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

CÓDIGO	FLUXO DE CLIENTELA	
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.

CÓDIGO	TURNO DE ATENDIMENTO
01	Atendimento somente pela manhã
02	Atendimento somente pela Tarde
03	Atendimento nos turnos da manhã e à tarde
04	Atendimento nos turnos da manhã, tarde e noite

**3.4 Dias da Semana**  
Ex... Segunda a sexta-feira

**3.5 Horário Aberto**  
ex... 08:00 as 12:00 e 13:30 as 17:30

**- Nível de Atenção**

Nível de Atenção			
Tipo	Atividade	Gestão	
<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Atenção Básica	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Média Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal

**Tipo** - Ambulatorial obrigatoriamente.

**Atividade** - Atenção Básica corresponde ao atendimento de consultas 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 está sendo cadastrado. **MUNICIPAL**



**– Atendimento Prestado**

Atendimento Prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
1 - Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 quadrículas 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 publica (ex. IAMSPE);

**Plano de Saúde Privado** - atende como prestador de operadoras de saúde

**5 – Comissões e outros**

5 - COMISSÕES E OUTROS	
5.1 - Comissões	<input type="checkbox"/>
007 - Etica Médica	<input type="checkbox"/>
008 - Etica em Enfermagem	<input type="checkbox"/>
009 - Família e Transição	<input type="checkbox"/>
009 - Conselho de Atenção Hospitalar	<input type="checkbox"/>
009 - Associação de Gestores	<input type="checkbox"/>
009 - Comissão Intersetorial de Prevenção de Acidentes - CIPA	<input type="checkbox"/>
007 - Conselho de Prontuário	<input type="checkbox"/>
008 - Conselho de Documentação Médica e Científica	<input type="checkbox"/>
009 - Conselho de Ótica e Bióptica	<input type="checkbox"/>
010 - Investigação Epidemiológica	<input type="checkbox"/>
011 - Instituição de Doenças	<input type="checkbox"/>
012 - Conselho de Zoonoses e Vetores	<input type="checkbox"/>

Assinalar as comissões que o estabelecimento faz parte

**6 – Instalações Físicas**

6 - INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA A ASSISTÊNCIA			
Consultórios Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Repouso/Observação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Imunização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Curativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Pequena Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Cirurgia Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros Consultórios (Não Médicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Enfermagem (Serviços)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Gesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**7 – Serviços de Apoio**

7 - SERVIÇOS DE APOIO		
Serviço	Projeto	Terminado
01 - SAME ou SPP (Serviço de Prontuário do Paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Serviço Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Farmácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Central de Esterilização de Materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Nutrição e Dietética (S.N.D.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Lactário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Banco de Leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Serviço de Manutenção de Equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Ambulância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marcar com X os serviços de apoio

**Rejeitos**

Rejeitos	
21.1 - Resíduos/Rejeitos	<input type="checkbox"/>
1 - Resíduos Biológicos	<input type="checkbox"/>
2 - Resíduos Químicos	<input type="checkbox"/>
3 - Resíduos Radioativos	<input type="checkbox"/>
4 - Resíduos Comuns	<input type="checkbox"/>
5 - Nenhum	<input type="checkbox"/>

Marcar com X os tipos de coleta seletiva implantada no Estabelecimento.

**Somente para Estabelecimentos que tenham SERVIÇOS/CLASSIFICAÇÃO**

**8 – Serviços e Classificação**

8 - SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO							
Código do Serviço	Descrição	Código da Classificação	Descrição	Próp. Terç.	Amb. SUS	Hosp. SUS	CNES Terceiro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Código e descrição do serviço:** destinado ao registro do(s) serviço(s), existente(s) no estabelecimento Tabela de Classificação de Serviços-Classificação. (verificar no siste do município) [https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/servicosclassificacaoxcbo\\_cnes.pdf](https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/servicosclassificacaoxcbo_cnes.pdf)



## RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO DO CNES

### DO ESTABELECIMENTO

- a. PREENCHER as **FICHA DE CADASTRO DO CNES**
- b. Cópia do Comprovante de Inscrição de Pessoa Jurídica **CNPJ**;
- c. Cópia da **Licença Sanitária** (Atualizada) e **Alvará** de funcionamento do município
- d. Cópia do **RG** e **C.P.F.** do Responsável ou Sócio
- e. Cópia do Comprovante de **Residência do estabelecimento**;
- f. Anexar a **Localização Geográfica** do Estabelecimento <https://www.google.com/maps/@-24.7331849,-53.7444233,15z>
- g- As Fichas do CADASTRO e do PROFISSIONAL deve ser entregue via **PROTOCOLO** do município, junto com um **OFÍCIO (simples)** e as **CÓPIA dos documentos** (não precisa se registrada)

### DO PROFISSIONAL

#### **PREENCHER A FICHA DO PROFISSIONAL**

- a. Cópia do **RG** e **C.P.F.**
- b. Cópia da Identidade profissional (**carteira do Conselho**);
- c. Cópia do Comprovante de **Residência** do profissional
- d. Cópia do **Diploma** de maior titulação (especialização, mestrado,...), do profissional, registrado no Conselho;
- e. Cópia da **LICENÇA SANITARIA** (Atualizada) e **ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO**;
- g. **Anexar** a Localização Geográfica do Estabelecimento <https://www.google.com/maps/@-24.7331849,-53.7444233,15z>

Protocolar na prefeitura **OFÍCIO (SIMPLES)** junto com a **FICHA** e as Cópias dos documentos:

---

### ATUALIZAR ESTABELECIMENTO

#### **ALTERAR ou ATUALIZAR CNES**

Protocolar na prefeitura **OFÍCIO (simples)** junto com as cópias dos documentos:

**Ofício contendo o CNES e CPF/CNPJ, solicitando qual alteração desejada.**

- A. Comprovante de **Residência** do ESTABELECIMENTO
- B. Cópia da **LICENÇA SANITARIA** .(atualizado);
- C. Cópia do **ALVARA DE FUNCIONAMENTO**;
- D. Anexar** a Localização Geográfica do Estabelecimento <https://www.google.com/maps/@-24.7331849,-53.7444233,15z>