





**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**



# MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná  
Secretaria da Saúde



## – 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 - Farmácia e Toxicologia	<input type="checkbox"/>
004 - Comissão de Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/>
005 - Administração de Custos	<input type="checkbox"/>
006 - 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"/>
Outros Consultórios (Não 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"/>
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. Tec.	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/servicosclassificacaoxbo\\_cnes.pdf](https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/servicosclassificacaoxbo_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 Geografica** 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 Geografica 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 Geografica do Estabelecimento <https://www.google.com/maps/@-24.7331849,-53.7444233,15z>