



Farmácia COMO FAZER O CNES em TOLEDO

- 1º - Cadastro na Secretaria Municipal da Saúde de Toledo, somente para os estabelecimentos de saúde com **SEDE** na cidade e que não tenham cadastro do CNES em outro município com o mesmo CNPJ ou CPF;
- 2º - Seguem as instruções para o CADASTRAMENTO das FARMÁCIA
- 3º - Preencher as fichas com os dados do solicitante e anexar todos os documentos obrigatórios **via protocolo**.
- 4º - Todas as fichas recebidas **no mês**, serão cadastradas no SISTEMA DO CNES, e transmitidas no **penúltimo dia do mês**, para o Ministério da Saúde;
é OBRIGATÓRIO o preenchimento das
 - FICHA para o cadastro de estabelecimento do CNES,
 - FICHA dos profissionais de saúde do estabelecimento.
- 5º - Após 10 dias do próximo mês, consultar no site <http://cnes.datasus.gov.br/> (CONSULTA/ ESTABELECIMENTO POR CNES NOME, CPF e CNPJ)
- 6º - Duvidas e Informações através do telefone (45)3196-3022 LUIZ - SMS TOLEDO

– Dados da ficha para Preenchimento do CNES – Cadastramento 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	
------	--

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

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

2.3 – CNPJ /CPF Estabelecimento	
---------------------------------	--

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

CÓDIGO	TIPO	CONCEITO
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



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	Data de Validade
2.23 - Email		Possui Internet	
Diretor Clínico ou Gerente Administrador			

- 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 numero 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	3.1 ATIVIDADE DE ENSINO E PESQUISA
04	Unidade sem atividade

CÓDIGO	3.2 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	3.3 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

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 – Média Complexidade.
Gestão – 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"/>

Farmácias **SEM** sala de imunização: OUTROS
Farmácias **COM** sala de imunização: AMBULATORIAL

SUS - Particular - Plano de Saúde Público - Plano de Saúde Privado – marcar X

5 – Comissões e outros

Assinalar as comissões que o estabelecimento faz parte

5 - COMISSÕES E OUTROS	
5.1 - Comissões	
001 - Ética Médica	<input type="checkbox"/>
002 - Ética de Enfermagem	<input type="checkbox"/>
003 - Farmácia e Terapêutica	<input type="checkbox"/>
004 - Controle de Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/>
005 - Apropriação de Custos	<input type="checkbox"/>
006 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	<input type="checkbox"/>
007 - Revisão de Prontuários	<input type="checkbox"/>
008 - Revisão de Documentação Médica e Estatística	<input type="checkbox"/>
009 - Análise de Óbitos e Biópsias	<input type="checkbox"/>
010 - Investigação Epidemiológica	<input type="checkbox"/>
011 - Notificação de Doenças	<input type="checkbox"/>
012 - Controle de Zoonoses e Vetores	<input type="checkbox"/>

6 – Instalações Físicas

Somente para Farmácias **COM** sala de imunização

Sala de Imunização	Quantidade
	<input type="text"/>

7 – Serviços de Apoio

Serviço	Próprio	Tercetizado
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"/>

Rejeitos

Rejeitos	
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.

Marcar com X os serviços de apoio



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná
Secretaria da Saúde



Incluir Código de serviços (se tiver esses serviços)

125	SERVIÇO DE FARMACIA	001	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS/ESPECIAIS
		002	FARMÁCIA POPULAR
		003	FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO HOMEOPÁTICA
		004	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS
		005	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS
		006	FARMÁCIA HOSPITALAR

https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2026-05/ficha_8_servicos_especializados.pdf

- Preencher a ficha do Profissional para cada um individualmente com todos os dados

Link da ficha https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2022-11/ficha_profissional_cnes_privado.pdf

Preencher número do conselho de classe

Vínculo com o Estabelecimento:

CLT ... Autônomo Física ou Jurídico (colocar CNPJ se for Jurídico)

CBO e Descrição do cargo:

Colocar o número do Cadastro Brasileiro de Ocupações, e a descrição do cargo

Carga Horária:

Carga horária total semanal (a soma da carga horária **NÃO PODE** ultrapassar 100 horas semanais, somando todos os vínculos estabelecimentos a nível nacional)

Vínculos

Registro no Conselho de Classe

Órgão Emissor

Atendimento: SUS
Sim Não

Vinculação (ex: Autônomo, Vínculo CLT)

Vínculo (Pessoa Jurídico ou Física, CLT)

CNPJ (para Pessoa Jurídica)

CBO e Descrição do Cargo

Carga Horária Semanal

- Incluir documentação individual para cada profissional