

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

NÃO PREENCHER

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO REQUERIMENTO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**” o que foi registrado nos campos:

9. RAZÃO SOCIAL / NOME 10. NOME FANTASIA e 11. CNPJ / CPF, do item III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO; e,

6. N°. CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER, do item II – SOLICITAÇÃO.

III – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

41. CÓD. CNES

Registre, se houver, o número de identificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-SAS/MS) do serviço de saúde objeto da solicitação.

42. CÓD. E DESCRIÇÃO DO TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE OBJETO DA SOLICITAÇÃO

Registre obrigatoriamente o código e descrição do serviço de saúde objeto da solicitação, conforme **Tabela 01** do ANEXO II – **Tipos de Serviços de Saúde**.

43. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS:

Notas:

1. Esses campos só devem ser preenchidos no caso do objeto da solicitação ser uma estrutura “ALBERGANTE” e possuir serviços “ALBERGADOS”. Consulte a **Tabela 01** do ANEXO II – **Tipos de Serviços de Saúde**, no final destas instruções, a fim de identificar os códigos solicitados.