

	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <i>Módulo Unidade de Acolhimento</i>	Ficha nº 33	
1 - DADOS OPERACIONAIS → INCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/>			
2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
2.1 - CNES <input type="text"/> 2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/>			
3 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO			
3.1 - Nome Fantasia da Unidade de Acolhimento <input type="text"/>		3.2 - Número da Unidade de Acolhimento <input type="text"/>	
3.3 - Tipo de Unidade de Acolhimento: <input type="checkbox"/> UA adulto <input type="checkbox"/> UA infantojuvenil			
4 - LOCALIZAÇÃO			
4.1 - Logradouro <input type="text"/>		4.2 - Número <input type="text"/>	
4.3 - Complemento <input type="text"/>		4.4 - Bairro <input type="text"/>	
4.5 - Nome do Município <input type="text"/>	4.6 - Cód. Município <input type="text"/>	4.7 - UF <input type="text"/>	
4.8 - CEP <input type="text"/>		4.9 - Telefone <input type="text"/>	
4.10 - A estrutura deste estabelecimento é? Alugada <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/>			
4.11 - ESTA UNIDADE POSSUI PARCERIA COM ONG/OS/OS/SCP?			
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Se sim, indique qual?			
NOME DA ONG/OS/OS/SCP <input type="text"/>			
5 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO			
5.1 - Total de vagas da UA <input type="text"/>		5.2 - Data de Ativação <input type="text"/>	
		5.3 - Data de Desativação <input type="text"/>	
6 - DADOS DO COORDENADOR DO CAPS DE REFERÊNCIA			
6.1 - NOME <input type="text"/>			
6.2 - CPF <input type="text"/>		6.3 - CNS <input type="text"/>	
6.4 - E-MAIL <input type="text"/>			
6.5 - TELEFONE <input type="text"/>		6.6 - CBO <input type="text"/>	
		6.7 - CHS <input type="text"/>	
7 - HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA			
7.1 - CNES <input type="text"/>		7.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO <input type="text"/>	
8 - UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)			
8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>	8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>
8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>	8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>
8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>	8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>
8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>	8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>
8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>	8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>
8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>	8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>
8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>	8.5.1 - Cód. IBGE <input type="text"/>	8.5.2 - Nome do município <input type="text"/>
9 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO			
Assinatura e Carimbo do (s) Cadastrador (s) <input type="text"/>		Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input type="text"/>	
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input type="text"/>		Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input type="text"/>	

ANEXO II

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Conceitos:

Entendem-se por Unidades de Acolhimento (UA), moradias ou casas inseridas no território destinadas a cuidar de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Estas UA apresentam as seguintes características: funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 07 (sete) dias da semana; e caráter residencial transitório. As UA têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

O cadastro das UA nos estabelecimentos somente será permitido se a mesma se enquadrar no conceito acima descrito e o estabelecimento possuir o serviço especializado 115 - SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, com as classificações 006 - UA Adulto ou 007 - UA Infantojuvenil. A indicação dos respectivos serviços somente será admitida em tipos de estabelecimentos 70 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Não é permitido o cadastro de UA como estabelecimento de saúde.

Para identificação das UA deverão ser observados os critérios abaixo estabelecidos:

1 - DADOS OPERACIONAIS:

Informar se o comando é de INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO: campo com preenchimento obrigatório.

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Deverá ser informado o CNES e nome fantasia do CAPS ao qual a UA esta vinculada: campo com preenchimento obrigatório

3 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Deverá ser informado o nome de referência. As UA deverão ser identificadas por um nome de referência, ficando a critério do gestor, a escolha do mesmo, podendo o nome ser alfanumérico: campo com preenchimento obrigatório.

Obs.: Caso haja mais de uma UA vinculada ao mesmo estabelecimento, o SCNES fará automaticamente a numeração seqüencial no formato SSSCNES. Onde: SSS: Número Seqüencial CNES - Código do CNES do estabelecimento

Tipo de Unidade de Acolhimento: Deverá ser indicado o tipo de UA conforme o serviço 115 - SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, se com a classificação: 006- UA Adulto indicar o tipo UA adulto e se com a classificação: 007 - UA infantojuvenil, indicar o tipo UA infantojuvenil (campo com preenchimento obrigatório).

4 - LOCALIZAÇÃO

Deverá ser informado o endereço completo da UA (Todos os campos são de preenchimento obrigatório).

4.10 - A estrutura deste estabelecimento é?

Responder se a estrutura da UA é própria ou alugada (campo com preenchimento obrigatório).

4.11 - Esta unidade possui parceria com ONG/OS/OSCIP?

Responder Não ou SIM, se a resposta for sim, deverá ser indicado o nome da com ONG/OS/OSCIP (campo com preenchimento obrigatório).

5 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

5.1 - Número de vagas

Deverá ser informada o número total de vagas disponíveis na UA (campo com preenchimento obrigatório).

5.2 - Data de Ativação

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano(dd/mm/aaaa) da implantação da UA e a data não pode ser superior à data atual (campo com preenchimento obrigatório).

5.3 - Data de Desativação

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da desativação da UA e a data não pode ser superior à data atual.

6 - DADOS DO COORDENADOR DO CAPS DE REFERÊNCIA

Deverá ser identificado o profissional lotado no CAPS ao qual a UA esta vinculada, indicado como responsável técnico do CAPS pela UA. Na ficha deverão ser preenchidos os campos de NOME, CPF, CNS, E-MAIL, TELEFONE, CBO e CHS com base no cadastro Existente do profissional. No SCNES essas informações serão importadas do cadastro do profissional, através da opção de Pesquisa de Profissional existente (campo com preenchimento obrigatório).

7 - HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA

Deverá ser informado o CNES e nome fantasia do hospital geral de referência ao qual a UA esta vinculada: campo com preenchimento obrigatório.

8 - UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)

Responder se sim, ou não. Caso a resposta seja sim, deverá ser indicado os municípios que compõem a área de abrangência (deverá ser indicado no mínimo um município). Preencher o código do IBGE e nome do município (se a resposta indicada for sim, este campo será obrigatório).

9 - RESPONSÁVEL PELO CADASTRO

O cadastro das UA deverá ser realizado pelo gestor municipal/estadual ou pelo próprio estabelecimento se assim for delegado pelo gestor.