

 FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <i>Módulo Unidade de Atenção em Regime Residencial</i>		Ficha nº 34	
1 - DADOS OPERACIONAIS			
		INCLUSÃO <input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/>
2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
2.1 - CNES		2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE			
3.1 - Quantidade de Módulos da Unidade			
<input type="checkbox"/> 1 módulo (15 vagas)		<input type="checkbox"/> 2 módulos (30 vagas)	
3.2 - Nº vagas existentes		3.3 - Nº vagas SUS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3.4 - Data de Ativação		3.5 - Data de Desativação	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4 - DADOS DO COORDENADOR DA UNIDADE			
4.1 - NOME			
<input type="text"/>			
4.2 - CPF		4.3 - CNS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.4 - E-MAIL			
<input type="text"/>			
4.5 - TELEFONE		4.6 - CBO	4.7 - CFS
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 - CAPS DE REFERÊNCIA			
5.1 - CNES		5.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5.3 - DADOS DO COORDENADOR DO CAPS DE REFERÊNCIA			
5.3.1 - NOME		5.3.2 - CPF	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5.3.3 - CNS		5.3.4 - TELEFONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5.3.5 - E-MAIL		5.3.6 - CBO	5.3.7 - CFS
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA			
6.1 - CNES		6.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
7 - HOSPITAL GERAL DE REFERÊNCIA			
7.1 - CNES		7.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
8 - UNIDADE REGIONAL (se sim, indique os municípios que compõem a área de abrangência)			
8.5.1 - Cód. IBGE	8.5.2 - Nome do município	8.5.1 - Cód. IBGE	8.5.2 - Nome do município
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.5.1 - Cód. IBGE	8.5.2 - Nome do município	8.5.1 - Cód. IBGE	8.5.2 - Nome do município
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.5.1 - Cód. IBGE	8.5.2 - Nome do município	8.5.1 - Cód. IBGE	8.5.2 - Nome do município
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO			
Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)		Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS		Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

ANEXO II

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DA UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL (UARR)

Conceitos:

Entendem-se por Unidade de Atenção em Regime Residencial (UARR), os estabelecimentos de saúde com serviços de saúde de atenção residencial transitória em estrutura física independente e situada fora dos limites de unidade hospitalar geral ou especializada, inclusive hospital psiquiátrico que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Estas Unidades de Atenção em Regime Residencial 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 Unidades de Atenção em Regime Residencial têm como objetivo oferecer cuidado para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

O cadastro das UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL 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 008 - UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL.

Para identificação da UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL 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 da Unidade de Atenção em Regime Residencial: campo com preenchimento obrigatório

3 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

3.1 - Quantidade de Módulos da Unidade

Deverá ser informada a quantidade de módulos conforme a quantidade de vagas disponíveis na unidades: 01 (um) módulo - 15 (quinze) vagas e 02 (dois) módulos - 30 (trinta) vagas: campo com preenchimento obrigatório.

3.2 - Número de vagas existentes

Deverá ser informado o número total de vagas disponíveis na Unidade: campo com preenchimento obrigatório.

3.3 - Número de vagas SUS

Deverá ser informado o número total de vagas SUS disponíveis na Unidade: campo com preenchimento obrigatório.

3.4 - 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.

3.5 - 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.

4 - DADOS DO COORDENADOR DA UNIDADE

Deverá ser identificado o profissional coordenador lotado na Unidade de Atenção em Regime Residencial. 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).

5 - CAPS DE REFERÊNCIA

5.1 - CNES e 5.2 - Nome Fantasia

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

5.3 - 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).

6 - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Deverá ser informado o CNES e nome fantasia da unidade básica de saúde de referência ao qual a UA esta vinculada: 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 - RESPONSABILIDADE PELO CADASTRO

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