



Dados Operacionais

Inclusão

Alteração

Exclusão

CNES

Nome Estabelecimento

MÓDULO RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

Identificação da Residência Terapêutica

Nome de Referência	Número da Residência	Tipo da Residência	
		SRT Tipo 1	SRT Tipo 2

Localização da Residência Terapêutica

Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	Telefone

Caracterização da Residência Terapêutica

Quantidade de Moradores			Data de Ativação	Data de Desativação
Masculinos	Femininos	TOTAL		

IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Dados do Responsável Técnico

Nome	CPF	CNS
CBO	Carga Horária Semanal	

Esta residência terapêutica possui parceria com ONG/OS/OSCIP? (Se sim, indique qual) SIM NÃO

Nome da ONG/OS/OSCIP

Dados dos Cuidadores

Nome	CPF	CBO
Nome	CPF	CBO
Nome	CPF	CBO
Nome	CPF	CBO

Data, Assinatura e Carimbo
do Cadastrador

Data, Assinatura e Carimbo
do Responsável pelo Estabelecimento

Data, Assinatura e Carimbo
do Gestor Municipal do SUS