



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

4 - ENDEREÇO COMPLEMENTAR

4.1 - Identificação

4.2 - Tipo de Logradouro

4.3 - Logradouro

4.4 - Número

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

4.5 - Complemento

4.6 - Bairro

4.7 - Código IBGE do Município

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

4.8 - Nome do Município

4.9 - UF

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

4.10 - CEP

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

4.11 - DDD/Telefone

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4.12 - DDD/Fax

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4.13 - E-mail

4.14 - Data de Ativação

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4.15 - Horário de Funcionamento

Turno de atendimento:
Dia da semana:
Horário:

5 - CARACTERIZAÇÃO

5.1 - Esfera Administrativa

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5.2 - Natureza da Organização

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5.3 - Retenção de Tributos

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5.4 - Atividade de Ensino/Pesquisa

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5.5 - Tipo de Prestador **

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5.6 - Nível de Hierarquia

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5.7 - Fluxo de clientela

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5.8 - Turno de Atendimento

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

** Esse campo será preenchido pelo sistema ao verificar os campos 5.1; 5.2; 5.3; 5.4

5.9 - 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 |
| <input type="checkbox"/> Hospitalar | <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 |

5.10 - 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"/> |

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - **DADOS OPERACIONAIS** →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

8 - ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA

8.1 - Internet

8.1.1 - Conexão à Internet

Sim

Não

8.1.2 - Tipo de Conexão

Discado

Link dedicado

Satélite

3G

ADSL

Rádio

Cabo Modem

Fibra Ótica

8.2 - Telefonia

8.2.1 - Telefonia Fixa

Sim

Não

8.2.2 - Telefonia Móvel

Sim

Não

9 - COMISSÕES E OUTROS

9.1 - Comissões

001 - Ética Médica

002 - Ética de Enfermagem

003 - Farmácia e Terapêutica

004 - Controle de Infecção Hospitalar

005 - Apropriação de Custos

006 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

007 - Revisão de Prontuários

008 - Revisão de Documentação Médica e Estatística

009 - Análise de Óbitos e Biópsias

010 - Investigação Epidemiológica

011 - Notificação de Doenças

012 - Controle de Zoonoses e Vetores

013 - Mortalidade Materna

014 - Mortalidade Neonatal

9.2 - Avaliação segundo o Programa Nacional de Serviços de Saúde - PNAS

Este Estabelecimento foi avaliado?

Sim

Não

Data de Avaliação

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

9.3 - Avaliação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde

Este Hospital foi Acreditado?

Sim

Não

Data de Acreditação

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Avaliação

Não atendeu aos padrões mínimos

Acreditado no Nível 1

Acreditado no Nível 2

Acreditado no Nível 3

9.4 - Programa de Reestruturação de Hospital Filantrópico

Este Hospital fez adesão ao programa?

Sim

Não

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

15 - INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA A ASSISTÊNCIA

15.1 - Urgência e Emergência

Consultórios Médicos

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Odontologia

Consultórios

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Atendimento (Triagem)

Pediátrico

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Feminino

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Masculino

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Indiferenciado

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Curativo

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Gesso

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Higienização

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Pequena Cirurgia

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Repouso / Observação

Total de Salas e Total de Leitos

Pediátrico

Salas Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Feminino

Salas Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Masculino

Salas Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Indiferenciado

Salas Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

15.2 - Ambulatório

Consultórios Médicos

Clinicas Básicas

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Clinicas Especializadas

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Indiferenciado

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Outros Consultórios (Não Médicos)

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Repouso/Observação

Total de Salas e Total de Leitos

Pediátrico

Salas Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Feminino

Quantidade Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Masculino

Quantidade Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Indiferenciado

Quantidade Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Odontologia

Consultórios

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Pequena Cirurgia

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Enfermagem (Serviços)

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Imunização

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Nebulização

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Gesso

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Curativo

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Cirurgia Ambulatorial

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

15.3 - Hospitalar

15.3.1 - Centro Cirúrgico

Sala de Cirurgia

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Recuperação

Quantidade Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sala de Cirurgia Ambulatorial

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

15.3.2 - Centro Obstétrico

Sala de Pré-parto

Quantidade Leitos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sala de Parto Normal

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Curetagem

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sala de Cirurgia

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

15.3.3 - Unidade Neonatal

Leitos RN Normal

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Leitos RN Patológico

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Leitos de Alojamento Conjunto

Quantidade

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

16 - SERVIÇOS DE APOIO

| Serviço | Próprio | Terceirizado |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| 11 - Necrotério | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|------|
| Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a) | Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade | Data |
|---|--|------|

| | | | |
|---|------|--|------|
| Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS | Data | Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS | Data |
|---|------|--|------|



1 - **DADOS OPERACIONAIS** →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - **EQUIPAMENTOS**

29.1 - Equipamentos de Diagnóstico por Imagem

| | | Quantidade Existente | Quantidade em uso | SUS | |
|----|---|-------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Sim | Não |
| 1 | Gama Câmara | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mamógrafo com Comando Simples | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mamógrafo com Estereotaxia | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Raio X até 100 mA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Raio X de 100 a 500 mA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Raio X mais de 500 mA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Raio X Dentário | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Raio X com Fluoroscopia | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Raio X para Densitometria Óssea | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Raio X para Hemodinâmica | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Tomógrafo Computadorizado | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Ressonância Magnética | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Ultra-som Doppler Colorido | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Ultra-som Ecógrafo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Ultra-som Convencional | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Processadora de Filme Exclusiva para Mamografia | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29.2 - Equipamentos de Infraestrutura

| | | | | | |
|----|--|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 | Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Grupo Gerador | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Usina de Oxigênio | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29.3 - Equipamentos por Métodos Ópticos

| | | | | | |
|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 | Endoscópio das Vias Respiratórias | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Endoscópio das Vias Urinárias | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Endoscópio Digestivo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Equipamentos para Optometria | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Laparoscópio/Vídeo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Microscópio Cirúrgico | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - **DADOS OPERACIONAIS** →

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS

29.3 - Equipamentos por Métodos Ópticos

| | | | | | |
|----|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 | Endoscópio das Vias Respiratórias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Endoscópio das Vias Urinárias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Endoscópio Digestivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Equipamentos para Optometria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Laparoscópio/Vídeo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Microscópio Cirúrgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | Cadeira Oftalmológica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 | Coluna Oftalmológica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 | Refrator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Lensômetro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Projetor ou Tabela de Optótipos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Retinoscópio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Oftalmoscópio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Ceratômetro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Tonômetro de Aplanção | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Campímetro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - **DADOS OPERACIONAIS**

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - Equipamentos (Continuação)

| | | Quantidade Existente | Quantidade em uso | SUS | |
|--|---------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Sim | Não |
| 29.4 - Equipamento por Métodos Gráficos | | | | | |
| 01 | Eletrocardiógrafo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Eletroencefalógrafo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29.5 - Equipamentos para Manutenção da Vida

| | | | | | |
|----|---------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 | Bomba/Balão Intra-aórtico | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Bomba de Infusão | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Berço Aquecido | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Bilirrubinômetro | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Debitômetro | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Desfibrilador | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | Equipamento de Fototerapia | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 | Incubadora | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 | Marcapasso Temporário | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Monitor de ECG | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Monitor de Pressão Invasivo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Monitor de Pressão não-Invasivo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Reanimador Pulmonar /Ambu | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Respirador/Ventilador | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS (Continuação)

29.6 - Equipamento de Odontologia

| | | Quantidade Existente | Quantidade em uso | SUS | |
|----|--|-------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Sim | Não |
| 01 | Equipo Odontológico Completo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Compressor Odontológico | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Fotopolimerizador | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Caneta de Alta Rotação | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Caneta de Baixa Rotação | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Amalgamador | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29.7 - Outros Equipamentos

| | | | | | |
|----|--|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 | Aparelho de Diatermia por Ultra-som/Ondas Curtas | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Aparelho de Eletroestimulação | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Bomba de Infusão de Hemoderivados | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Equipamentos de Aférese | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Equipamento de Circulação Extracorpórea | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Equipamento para Hemodiálise | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | Forno de Bier | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data



1 - **DADOS OPERACIONAIS**

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - Equipamentos (Continuação)

29.8 - Equipamento de Audiologia

| | | Quantidade Existente | Quantidade em uso | SUS | |
|----|--|-------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Sim | Não |
| 01 | Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico de Curta, Média e Longa Latência | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Audiômetro de um Canal | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Audiômetro de dois Canais | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | Imitanciômetro | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 | Imitanciômetro multifrequencial | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 | Cabina acústica | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Sistema de campo livre | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Sistema completo de reforço visual (VRA) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Ganho de inserção | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | HI-PRO | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30 - **Rejeitos**

30.1 - **Resíduos/Rejeitos**

1 - Resíduos Biológicos

4 - Resíduos Comuns

2 - Resíduos Químicos

5 - Nenhum

3 - Rejeitos Radioativos

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data