



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES
Módulo Básico

Ficha n° 01

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL

2.1 - CNES

2.3 - CNPJ /CPF Estabelecimento

2.5 - Situação
 Individual
 Mantido

2.2 - Pessoa
 Física
 Jurídica

2.4 - CNPJ Mantenedora

2.6 - Tipo de Estabelecimento/Unidade

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.6.1 - Subtipo de Estabelecimento

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.7 - Razão Social

2.8 - Nome Fantasia

2.9 - Logradouro

2.10 - Número

2.11 - Complemento

2.12 - Bairro

2.13 - Código IBGE do Município

2.14 - Nome do Município

2.15 - UF

2.16 - CEP

2.17 - R.Saúde

2.18 - Microregião

2.19 - Distrito San

2.20 - Mód.Assist.

2.21 - DDD/Telefone

2.22 - DDD/Fax

2.23 - E-mail (institucional preferencialmente)

2.24 - Diretor Clínico ou Gerente/Administrador

2.25 - Registro Conselho de Classe

2.25 - URL

3 - IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

3.1 - Vigilância Sanitária

3.1.1 - Nº DO ALVARÁ

3.1.2 - DATA EXPEDIÇÃO

3.1.3 - ÓRGÃO EXPEDIDOR
 SES SMS

3.2 - Dados Bancários

3.2.1 - Banco
 Código Nome

3.2.2 - Agência
 Código Nome

3.2.3 - Conta Corrente

3.3 - Representante Legal

3.3.1 - CPF

3.3.2 - Nome Representante Legal

3.3.3 - Cargo

3.3.4 - E-mail (institucional preferencialmente)

3.4 - Mapeamento Indígena *(somente para os estabelecimentos que possuam o tipo de estabelecimento 72)

3.4.1 - Aldeia

3.4.2 - Pólo-Base

3.4.3 - DSEI

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

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
---	------	--	------

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Ficha n° 08

Módulo Conjunto

1 - DADOS OPERACIONAIS**2 - IDENTIFICAÇÃO**

2.1 - CNES

--	--	--	--	--	--	--	--

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

17 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Código do Serviço	Descrição	Código da Classificação	Descrição	Próp. Terc.		Amb.		Hosp.		CNES Terceiro
						SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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**

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** →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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	Projeter 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