

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
 PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. N° PROTOCOLO | 2. DATA PROTOCOLO |
| 3. N° PROCESSO ORIGEM | |

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
 PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| 4. N° CEVS | 5. CNPJ/CPF |
| 6. RAZÃO SOCIAL / NOME | |
| 7. NOME FANTASIA | |

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

| | |
|--|----------------------|
| 8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE | CÓDIGO CNES: _____ |
| 9. TIPO DE SERVIÇO | CÓDIGO SERVIÇO: ____ |

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB N° CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

| | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

B. PRÓPRIOS COM N° CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

| | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

| | | | |
|------------|------------|------------|------------|
| CÓD. _____ | CNPJ _____ | CÓD. _____ | CNPJ _____ |
| CÓD. _____ | CNPJ _____ | CÓD. _____ | CNPJ _____ |
| CÓD. _____ | CNPJ _____ | CÓD. _____ | CNPJ _____ |
| CÓD. _____ | CNPJ _____ | CÓD. _____ | CNPJ _____ |

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA: ____/____/____

B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO ___ FEMININO ___ MASCULINO ___ OUTROS ___

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS ___

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

 PEDIÁTRICO ___ FEMININO ___ MASCULINO ___ OUTROS ___
SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS
15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS ___ EQUIPOS ODONTOLÓGICOS ___
16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

 CIRURGIA AMBULAT. ___ CURATIVO ___ ENFERMAGEM ___ GESSO ___ IMUNIZAÇÃO ___ NEBULIZAÇÃO ___
SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS
 PEQUENAS CIRURGIAS ___ QUIMIOTERAPIA ___ DIÁLISE ___
SALAS SALAS POLTRONAS SALAS POLTRONAS MÁQ. HD CRÔNICOS

V - LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

17. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

 BUCO MAXILO FACIAL ___ GINECOLOGIA ___ OBSTETRÍCIA ___ OTORRINOLARINGOLOGIA ___
 CARDIOLOGIA ___ LEITO / DIA ___ OFTALMOLOGIA ___ PEDIÁTRICA ___
 CIRURGIA GERAL ___ NEFRO/UROLOGIA ___ ONCOLOGIA ___ PLÁSTICA ___
 GASTROENTEROLOGIA ___ NEUROCIRURGIA ___ ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA ___ TORÁCICA ___

B. CLÍNICA:

 AIDS ___ ENDOCRINOLOGIA ___ GERIATRIA ___ NEFRO/UROLOGIA ___ PEDIATRIA ___
 CARDIOLOGIA ___ HANSENOLOGIA ___ NEONATOLOGIA ___ PNEUMOLOGIA ___
 CLÍNICA GERAL ___ HEMATOLOGIA ___ NEUROLOGIA ___ PSIQUIATRIA ___
 CRÔNICOS ___ LEITO / DIA ___ OBSTETRÍCIA ___ REABILITAÇÃO ___
 DERMATOLOGIA ___ MOLÉSTIAS INFECCIOSAS ___ ONCOLOGIA ___ TISIOLOGIA ___

18. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

 UTI ADULTO ___ UTI NEONATAL ___ UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL ___
 UTI INFANTIL ___ UNIDADE INTERMEDIÁRIA ___ UNIDADE DE ISOLAMENTO ___

19. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) N° SALAS: ___ N° LEITOS OBSERVAÇÃO: ___