

**Subanexo XI-A  
ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇO DE SAÚDE**

**I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS**

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

**II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do formulário de “*Informações em Vigilância Sanitária*” o que foi registrado nos campos:

**III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO** - 9. RAZÃO SOCIAL / NOME; 10. NOME FANTASIA; e, 11. CNPJ / CPF

**II – SOLICITAÇÃO** - 6. N.º CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER.

**III – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE**

**41. CÓD. CNES**

Registre, se houver, o número de identificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-SAS/MS) do serviço de saúde objeto da solicitação.

**42. CÓD. E DESCRIÇÃO DO TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE OBJETO DA SOLICITAÇÃO**

Registre o código e descrição do serviço de saúde, objeto da solicitação, sujeito ao Número CMVS (Cadastro / Licença de Funcionamento), conforme **Tabela 01 – Tipos de Serviços de Saúde** (vide 01.A e 01.B), no final destas instruções.

**43. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS:**

**Notas:**

**1.** Esses campos só devem ser preenchidos no caso do objeto da solicitação ser uma estrutura “ALBERGANTE” e possuir serviços “ALBERGADOS”. Consulte a **Tabela 01 – Tipos de Serviços de Saúde**, no final destas instruções, a fim de identificar os códigos solicitados.

**2.** O registro desses serviços, neste anexo, não dispensa os procedimentos usuais de cadastramento para fins de obtenção de seu número CMVS, quando for o caso.

**A. PRÓPRIOS (SOB CMVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE) – REGISTRE OS CÓDIGOS:**

Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados que estão subordinados ao mesmo número de CNPJ e CMVS da estrutura “ALBERGANTE” (**Tabela 01.C**), onde são prestados.

**B. PRÓPRIOS (COM CMVS PRÓPRIO) – REGISTRE OS CÓDIGOS:**

Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados próprios que estão subordinados ao mesmo número de CNPJ, porém com N° CMVS independente ao da estrutura “ALBERGANTE” (**Tabela 01.B**), onde são prestados.

**C. TERCEIRIZADOS – REGISTRE OS CÓDIGOS E RESPECTIVOS CNPJ**

Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados terceirizados com CMVS e CNPJ próprios, independentes ao da estrutura “ALBERGANTE” (**Tabela 01.B**), onde são prestados.

**IV – ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL  
INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS**

**Nota:** Os campos 43 a 47 devem ser preenchidos, no que for pertinente, somente se o objeto da solicitação se caracterizar como um estabelecimento prestador de serviço de saúde de natureza ambulatorial. Se não, vá para o campo 48.

**44. TOTAL DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS, SEGUNDO O TIPO:**

Registre o número total de consultórios médicos existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo:

**PEDIÁTRICO**

Consultório para pediatria.

**FEMININO**

Consultório para adultos femininos.

**MASCULINO**

Consultório para adultos masculinos.

**OUTROS**

Outros consultórios médicos, não especificados anteriormente.

**45. TOTAL DE OUTROS CONSULTÓRIOS**

Registre o número total de outros consultórios não médicos (de natureza ambulatorial), existentes e em funcionamento no estabelecimento.

**46. TOTAL DE SALAS E DE LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO, SEGUNDO O TIPO:**

Registre nos campos correspondentes, o número total de salas e leitos de repouso e observação, respeitados os padrões técnicos estabelecidos, existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo: **PEDIÁTRICO / FEMININO / MASCULINO / OUTROS.**

**47. TOTAL DE CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS**

Registre no campo correspondente o número total de consultórios existentes e em funcionamento no estabelecimento.

## **E EQUIPOS**

Registre no campo correspondente o número total de equipos odontológicos existentes e em funcionamento no estabelecimento.

## **48. TOTAL DE SALAS, SEGUNDO O TIPO:**

Registre nos campos correspondentes, o número total de salas existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo de atendimento: **PEQUENAS CIRURGIAS / NEBULIZAÇÃO / GESSO / IMUNIZAÇÃO / CURATIVO / ENFERMAGEM / CIRURGIA AMBULATORIAL.**

**Nota:** No caso de:

**QUIMIOTERAPIA** - registre o número de salas e, em seguida, o de leitos / poltronas existentes no local.

**DIÁLISE** - registre o número de salas e, em seguida, o de poltronas existentes.

## **V – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / CCIH INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS MEMBROS EXECUTORES**

### **Notas:**

**a.** A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH tem membros de dois tipos: consultores e executores.

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são “técnicos de nível superior da área de saúde encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção de serviços de saúde ou controle de infecção hospitalar”.

**b.** Quando, por força legal, o objeto solicitante não puder prescindir de CCIH no estabelecimento, os campos 49 a 53 devem ser preenchidos da mesma forma, com informações pertinentes a cada um desses membros executores.

## **49 a 53. NOME DO PROFISSIONAL**

Registre o nome completo do profissional de saúde.

## **CPF**

Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física – CPF.

## **CÓD. CBO**

Registre o código da categoria profissional do referido profissional, segundo a tabela de Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. Consulte a **Tabela 06** no final destas instruções.

## **SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL**

Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o respectivo profissional.

## **UF**

Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional. No caso de São Paulo: “SP”.

## **Nº INSCRIÇÃO CONSELHO**

Registre o número da inscrição do profissional no respectivo conselho.

## **VI – LEITOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO E DE UNIDADES DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

### **Notas:**

**a.** Se o objeto dessa solicitação se caracterizar como um estabelecimento prestador de serviço de saúde que não possua leitos de internação ou de observação, vá para o campo **56**.

**b.** Se o objeto da solicitação referir-se a um estabelecimento de saúde com internação, tipo: Hospital Geral, Hospital Especializado e Unidade Mista (estrutura “ALBERGANTE”):  
- informe o solicitado nos campos 54 e 55, preenchendo todos os campos da direita para a esquerda; e, em seguida,  
- vá para o campo **57**.

**c.** Se o objeto da solicitação referir-se a uma Unidade de Urgência / Emergência – seja ela um Pronto Socorro Isolado (estrutura “ALBERGANTE”) ou, um Pronto Socorro sediado em Hospital Geral ou Hospital Especializado (serviço “Albergado”):  
- deixe em branco os campos **54** e **55**;  
- informe o solicitado no campo **56**, preenchendo todos os campos da direita para a esquerda; e, em seguida,  
- vá para o campo **57**.

**54. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO** – REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES, SEGUNDO A ESPECIALIDADE:

### **A. CIRÚRGICA**

Registre, se houver, o número de leitos cirúrgicos disponíveis por especialidade:

**01.BUCO MAXILO FACIAL / 02.CARDIOLOGIA / 03.CIRURGIA GERAL / 04.ENDOCRINOLOGIA / 05.GASTROENTEROLOGIA / 06.GINECOLOGIA / 07.LEITO-DIA / 08.NEFROLOGIA-UROLOGIA / 09.NEUROCIRURGIA / 10.OBSTETRÍCIA / 11.OFTALMOLOGIA / 12.ONCOLOGIA / 13.ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA / 14.OTORRINOLARINGOLOGIA / 15.PLÁSTICA / 16.TORÁCICA.**

### **B. CLÍNICA**

Registre, se houver, o número de leitos clínicos disponíveis por especialidade:

**21.AIDS / 22.CARDIOLOGIA / 23.CLÍNICA GERAL / 24.CRÔNICOS / 25.DERMATOLOGIA / 26.GERIATRIA / 27.HANSENOLOGIA / 28.HEMATOLOGIA / 29.LEITO-DIA / 30.NEFRO-UROLOGIA / 31.NEONATOLOGIA / 32.NEUROLOGIA / 33.OBSTETRÍCIA / 34.ONCOLOGIA / 35.PEDIATRIA / 36.PNEUMOLOGIA / 37.PSIQUIATRIA / 38.REABILITAÇÃO / 39.TISIOLOGIA.**

**55. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO** – REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS COMPLEMENTARES EXISTENTES:

Registre, quando houver, nas respectivas alternativas:

01.UTI ADULTO / 02.UTI INFANTIL / 03.UTI NEONATAL / 04.UNIDADE INTERMEDIÁRIA / 05.UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL / 06.UNIDADE DE ISOLAMENTO.

**56. UNIDADE DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA (PRONTO SOCORRO):**

**Nº LEITOS OBSERVAÇÃO**

Registre o total de leitos de observação existentes na unidade.

**VII – EQUIPAMENTOS DE SAÚDE**

**Nota:** Esse campo tem registro obrigatório e deve ser preenchido da direita para a esquerda.

**57. REGISTRE O NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE EXISTENTES E INFORMADOS NO ANEXO “EQUIPAMENTOS DE SAÚDE”**

Registre o solicitado, caso utilizar o anexo de “*Equipamentos de Saúde*”; se não, registre 000.

**VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS**

**Nota:** Esse campo tem preenchimento obrigatório e deve ser vistado pelos responsáveis que tiveram seus dados informados no formulário de “*Informações em Vigilância Sanitária*”, ao qual pertence esse anexo.