

ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE SUB-ANEXO XI-A DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO
ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE AOS ESTABELECIMENTOS COM ATIVIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE COM
OU SEM EQUIPAMENTO DE SAÚDE

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA COMPETENTE

1. Número do Protocolo _____

2. Data do Protocolo _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMO DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

9. Razão Social / Nome _____

10. Nome Fantasia _____

11. CNPJ / CPF _____

6. Nº CMVS do estabelecimento, se houver _____

III. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

41. Cód. CNES _____

41A. Autorização da ANVISA para transporte interestadual de amostra de sangue de doadores, bolsas de sangue e hemocomponentes

Número da autorização _____ Data da publicação _____

42. _____

Cód. e descrição do tipo de serviço de saúde objeto da solicitação

43. Tipos de serviços de saúde albergados:

A. Próprios (Sob CMVS da estrutura albergante) - Registre os códigos:

B. Próprios (com CMVS próprio) registre os códigos:

B. Terceirizados - Registre os códigos e respectivos CNPJ:

Cód. CNPJ _____

IV. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL - INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS

44. Total de consultórios médicos, segundo o tipo: _____

Pediátrico	Feminino	Masculino	Outros
------------	----------	-----------	--------

45. Total de outros consultórios _____

46. Total de salas e de leitos de repouso / observação, segundo o tipo:

Salas	Leitos	Pediátrico	Salas	Leitos	Feminino
Salas	Leitos	Masculino	Salas	Leitos	Outros

47. Total de: _____ Consultórios odontológicos e _____ Equipos

48. Total de salas, segundo o tipo: _____ Pequenas cirurgias _____ Nebulização _____ Gesso

_____ Imunização _____ Curativo _____ Enfermagem _____ Cirurgia ambulatorial

_____ Quimioterapia

Salas Poltronas

_____ Diálise

Salas Poltronas

V. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / CCIH - INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS MEMBROS EXECUTORES

49. Nome do profissional _____

CPF _____ Cód. CBO _____ Sigla cons. PROF. _____ UF _____ N° inscrição conselho _____

50. Nome do profissional _____

CPF _____ Cód. CBO _____ Sigla cons. PROF. _____ UF _____ N° inscrição conselho _____

51. Nome do profissional _____

CPF _____ Cód. CBO _____ Sigla cons. PROF. _____ UF _____ N° inscrição conselho _____

52. Nome do profissional _____

CPF _____ Cód. CBO _____ Sigla cons. PROF. _____ UF _____ N° inscrição conselho _____

53. Nome do profissional _____

CPF _____ Cód. CBO _____ Sigla cons. PROF. _____ UF _____ N° inscrição conselho _____

VI. LEITOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO E DE UNIDADES DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

54. Estabelecimentos de saúde com internação - Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. Cirúrgica:

_____ 01. Buco Maxilo Facial	_____ 05. Gastroenterologia	_____ 11. Oftamologia
_____ 02. Cardiologia	_____ 06. Ginecologia	_____ 12. Oncologia
_____ 03. Cirurgia Geral	_____ 07. Leito / Dia	_____ 13. Ortopedia / Traumatologia
_____ 04. Endocrinologia	_____ 08. Nefrologia / Urologia	_____ 14. Otorrinolaringologia
	_____ 09. Neurocirurgia	_____ 15. Plástica
	_____ 10. Obstetrícia	_____ 16. Torácica

B. Clínica:

_____ 21. AIDS	_____ 26. Geriatria	_____ 33. Obstetrícia
_____ 22. Cardiologia	_____ 27. Hansenologia	_____ 34. Oncologia
_____ 23. Clínica Geral	_____ 28. Hematologia	_____ 35. Pediatria
_____ 24. Crônicos	_____ 29. Leito / Dia	_____ 36. Pneumologia
_____ 25. Dermatologia	_____ 30. Nefro / Urologia	_____ 37. Psiquiatria
	_____ 31. Neonatologia	_____ 38. Reabilitação
	_____ 32. Neurologia	_____ 39. Tisiologia

55. Estabelecimento de saúde com internação - Registre o número de leitos complementares existentes:

_____ 01. UTI Adulto	_____ 03. UTI Neonatal	_____ 05. Unidade Intermediária Neonatal
_____ 02. UTI Infantil	_____ 04. Unidade Intermediária	_____ 13. Unidade de Isolamento

56. Unidade de urgência / emergência (Pronto - socorro) _____
N° Leitos observação _____

VII. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

57. Registre o número de equipamentos de saúde existentes e informados no anexo "Equipamentos de Saúde" _____

VISTO DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO: São Paulo, _____ de _____ de 20__

Responsável legal: _____ Responsável técnico: _____

CPF: _____ N° INSC. CONSELHO: _____