FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES - SIVISA

SUB-ANEXO XI-A

**ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE**

**OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTEFORMULÁRIO. ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTEAOS**

**ESTABELECIMENTOSCOMATIVIDADESDEPRESTAÇÃODESERVIÇODESAÚDECOMOUSEMEQUIPAMENTODESAÚDE.**

**I-INFORMAÇÕESADMINISTRATIVAS–PREENCHIMENTOOBRIGATÓRIOPELOSERVIÇODEVIGILÂNCIASANITÁRIACOMPETENTE**

**I** I I\_\_I I I I I\_\_I I I I I I I\_\_I I\_\_II\_\_II\_\_II\_\_II I **I**

1 .Nº DO PROTOCOLO

**I** I **I**I\_\_**I** I\_\_II **I**

2 .DAT A DO PROTOCOLO

**II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO –** REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTEANEXO

**I**\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I I I\_\_I\_\_I I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_**I**

1. RAZÃO SOCIAL / NOME

**I**\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I I I\_\_I\_\_I I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_**I**

1. NOMEFANTASIA

**I** I I\_\_I I I I I\_\_I I I I I **I**I\_\_**I**

1. CNPJ / CPF

**I** I I I I\_\_I I\_\_II **I**I I\_\_**I**I\_\_II I\_\_I **I II**

6. N.º CEVS DO ESTABELECIMENTO, SEHOUVER

|  |
| --- |
| **III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DESAÚDE** |
| **41. I** I I\_\_I I **CÓD.CNES** | I\_\_**I** | **4 2 .I** I **CÓD.** | I  | **II**I I I I **E DESCRIÇÃO** | I **DO** | I **TIPO** |  | I **DE** |  | I I I **SERVIÇO** | I **DE** | I I I **SAÚDE** | I I **OBJETO** | I **DA** | I I I I I **SOLICITAÇÃO** | I  | **I** |

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

**A.PRÓPRIOS**(SOBCEVSDAESTRUTURAALBERGANTE)**-**REGISTRE OS CÓDIGOS:

**I**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**IB. PRÓPRIOS**(COMCEVS PRÓPRIO)**-**REGISTRE OS CÓDIGOS:

**I**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**II**IC.TERCEIRIZADOS-**REGISTRE OS CÓDIGOS E RESPECTIVOS CNPJ**:**

**I**II**II**II**I**II**I**II**I**III**I**I**II**II**II**II**I**II**I**II**I**III**I**I**I**

**C ÓD. C NPJ C ÓD. CNPJ**

**I**II**II**II**I**II**I**II**I**III**I**I**II**II**II**II**I**II**I**II**I**III**I**I**I**

**C ÓD. C NPJ C ÓD. CNPJ**

**I**II**II**II**I**II**I**II**I**III**I**I**II**II**II**II**I**II**I**II**I**III**I**I**I**

**C ÓD. C NPJ C ÓD. CNPJ**

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

1. TOTAL DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS, SEGUNDO O TIPO:I II

**PEDIÁTRICO**

**I**I**IFEMININO I** I**I**

MASCULINO

**I** I**IOUTROS**

1. **TOTALDE OUTROS CONSULTÓRIOS I** I**I**
2. TOTAL DE SALAS EDE

**LEITOS DE REPOUSO /OBSERVAÇÃO, SEGUNDO OTIPO:**

**I**I**I I**I**IPEDIÁTRICO**

**SALAS LEITOS**

**I**I**I I**I**IMASCULINO**

**SALAS LEITOS**

**I**I**I I**I**IFEMININO**

**SALAS LEITOS**

**I**I**I I**I**IOUTROS**

**SAL AS LEITOS**

1. TOTAL DE: I I

**ICONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS E I I**

**IEQUIPOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **48. TOTAL DE SALAS, SEGUNDO OTIPO:** | **I** | I | **IPEQUENAS CIRURGIAS I** I **INEBULIZAÇÃO** |  | **I** | I **IGESSO** |
| **I** I **IIMUNIZAÇÃO** | **I** | I | **ICURATIVO** | **I** I **IENFERMAGEM** |  | **I** | I **ICIRURGIAAMBULATORIAL** |
| **I**I**II**I**I QUIMIOTERAPIA SALAS POLTRONAS** |  |  |  | **I**I**II**I**I****SALAS POLTRONAS** | **DIÁLISE** |  |  |

**V–COMISSÃODECONTROLEDEINFECÇÃOHOSPITALAR/CCIH–INFORMAÇÕESDEPROFISSIONAISMEMBROSEXECUTORES**

**I**IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII**I**

* 1. **NOME DOPROFISSIONAL**

**I**IIIIIIIIIIII**I**I**II**IIII**II**IIIIIIIIII**II**I**II**IIIIIIII**I**

**CP F CÓD. CBO SIGLA CONS. PROF. UF Nº INSCRIÇÃOCONSELHO**

**I**IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII**I**

* 1. **NOME DOPROFISSIONAL**

**I**IIIIIIIIIIII**I**I**II**IIII**II**IIIIIIIIII**II**I**II**IIIIIIII**I**

**CP F CÓD. CBO SIGLA CONS. PROF. UF Nº INSCRIÇÃOCONSELHO**

**I**IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII**I**

* 1. **NOME DOPROFISSIONAL**

**I**IIIIIIIIIIII**I**I**II**IIII**II**IIIIIIIIII**II**I**II**IIIIIIII**I**

**CP F CÓD. CBO SIGLA CONS. PROF. UF Nº INSCRIÇÃOCONSELHO**

**I**IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII**I**

* 1. **NOME DOPROFISSIONAL**

**I**IIIIIIIIIIII**I**I**II**IIII**II**IIIIIIIIII**II**I**II**IIIIIIII**I**

**CP F CÓD. CBO SIGLA CONS. PROF. UF Nº INSCRIÇÃOCONSELHO**

**I**IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII**I**

* 1. **NOME DOPROFISSIONAL**

**I**IIIIIIIIIIII**I**I**II**IIII**II**IIIIIIIIII**II**I**II**IIIIIIII**I**

**CP F CÓD. CBO SIGLA CONS. PROF. UF Nº INSCRIÇÃOCONSELHO**

**VI–LEITOSDEESTABELECIMENTOS DESAÚDECOMINTERNAÇÃOEDEUNIDADESDE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

* 1. ESTABELECIMENTO DESAÚDE COM INTERNAÇÃO - REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES, SEGUNDO A ESPECIALIDADE:

**A.CIRURGICA:**

**I**II**I01. BUCO MAXILOFACIAL**

**I**II**I02. CARDIOLOGIA**

**I**II**I03. CIRURGIAGERAL**

**I**II**I04. ENDOCRINOLOGIA**

B.CLÍNICA:

**I**II**I21.AIDS**

**I**II**I22. CARDIOLOGIA**

**I**II**I23. CLÍNICAGERAL**

**I**II**I24.CRÔNICOS**

**I**II**I25. DERMATOLOGIA**

**I**II**I05.GASTROENTEROLOGIA**

**I**II**I06. GINECOLOGIA**

**I**II**I07. LEITO /DIA**

**I**II**I08. NEFROLOGIA /UROLOGIA**

**I**II**I09. NEUROCIRURGIA**

**I**II**I10. OBSTETRÍCIA**

**I**II**I26.GERIATRIA**

**I**II**I27. HANSENOLOGIAI** II**I28. HEMATOLOGIAI** II**I29. LEITO /DIA**

**I**II**I30. NEFRO /UROLOGIA**

**I**II**I31. NEONATOLOGIA**

**I**II**I32. NEUROLOGIA**

**I**II**I11. OFTALMOLOGIA**

**I**II**I12.ONCOLOGIA**

**I**II**I13. ORTOPEDIA /TRAUMATOLOGIA**

**I**II**I14.OTORRINOLARINGOLOGIA**

**I**II**I15.PLÁSTICA**

**I**II**I16.TORÁCICA**

**I**II**I33. OBSTETRÍCIAI** II**I34. ONCOLOGIA I**II**I35.PEDIATRIA**

**I**II**I36. PNEUMOLOGIA**

**I**II**I37. PSIQUIATRIA**

**I**II**I38. REABILITAÇÃO**

**I**II**I39. TISIOLOGIA**

* 1. ESTABELECIMENTO DESAÚDE COM INTERNAÇÃO - REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS COMPLEMENTARES EXISTENTES:

**I**II**I01. UTIADULTO**

**I**II**I02. UTIINFANTIL**

**I**II**I03. UTINEONATAL**

**I**II**I04. UNIDADEINTERMEDIÁRIA**

**I**II**I05. UNIDADE INTERMEDIÁRIANEONATAL**

**I**II**I13. UNIDADE DEISOLAMENTO**

* 1. **UNIDADEDE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA** (PRONTO-SOCORRO) **I** II**I**

Nº LEITOSOBSERVAÇÃO

**VII – EQUIPAMENTOS DESAÚDE**

* 1. **REGISTRE ONÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE EXISTENTES E INFORMADOS NO ANEXO “ *EQUIPAMENTOS DE SAÚDE*” I** II\_\_**I**

**Vistosdosresponsáveislegaletécnicos:**