



1 - DADOS OPERACIONAIS →

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

--

29 - EQUIPAMENTOS

29.1 - Equipamentos de Diagnóstico por Imagem

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
<input type="checkbox"/> 1	Gama Câmara	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Mamógrafo com Comando Simples	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	Mamógrafo com Estereotaxia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	Raio X até 100 mA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/> 6	Raio X mais de 500 mA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7	Raio X Dentário	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8	Raio X com Fluoroscopia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9	Raio X para Densitometria Óssea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10	Raio X para Hemodinâmica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11	Tomógrafo Computadorizado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12	Ressonância Magnética	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13	Ultra-som Doppler Colorido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14	Ultra-som Ecógrafo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15	Ultra-som Convencional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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

<input type="checkbox"/> 01	Coxo de Ar-condicionado / Ar-condicionado Coxo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 02	Coxo Refrigerador para medicação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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

<input type="checkbox"/> 01	Endoscópio das Vias Respiratórias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 02	Endoscópio das Vias Urinárias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 03	Endoscópio Digestivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 04	Equipamentos para Optometria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 05	Laparoscópio/Vídeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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	Aparelho de verificação de Pressão Arterial	<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

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

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

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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