



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

16 - SERVIÇOS DE APOIO

| <i>Serviço</i> | <i>Próprio</i> | <i>Terceirizado</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01 - SAME ou SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 - Serviço Social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 - Farmácia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 - Central de Esterilização de Materiais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 - Nutrição e Dietética (S.N.D.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 - Lactário | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 - Banco de Leite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 - Lavanderia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 - Serviço de Manutenção de Equipamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 - Ambulância | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 - Necrotério | <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 |
|---|------|--|------|