



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS

29.1 - Equipamentos de Diagnóstico por Imagem

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

|    |  |                      |                      |                          |                          |
|----|--|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 | Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Grupo Gerador                              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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

|    |                                   |                      |                      |                          |                          |
|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 | Endoscópio das Vias Respiratórias | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Endoscópio das Vias Urinárias     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Endoscópio Digestivo              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Equipamentos para Optometria      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Laparoscópio/Vídeo                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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