



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