



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	<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