



1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

20 - EQUIPAMENTOS

20.1 - 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"/>

20.2 - Equipamentos de Infra-Estrutura

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

20.3 - 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