



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Gerência de Controle e Avaliação**



**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
**Módulo Básico**

**Ficha nº 01**

1 - DADOS OPERACIONAIS → INCLUSÃO  ALTERAÇÃO  EXCLUSÃO

**2 - IDENTIFICAÇÃO PRINCIPAL**

2.1 - CNES

2.2 - Pessoa  Física  Jurídica

2.3 - CNPJ /CPF Estabelecimento

2.4 - CNPJ Mantenedora

2.5 - Situação  Individual  Mantido

2.6 - Tipo de Estabelecimento/Unidade

01 - CONSULTORIO ISOLADO  06 - UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)  11 - HOSPITAL GERAL

02 - CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE  07 - PRONTO ATENDIMENTO  12 - FARMÁCIA

03 - POLICLÍNICA  08 - UNIDADE MÓVEL TERRESTRE  13 - COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSÃO DE TRABALHADORES NA SAÚDE

04 - POSTO DE SAÚDE  09 - UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA  14 - CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPICA E OU HEMATOLOGICA

05 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA  10 - PRONTO SOCORRO GERAL  15 - OUTRO \_\_\_\_\_

**2.6.1 - Subtipo de Estabelecimento**

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.7 - Razão Social

2.8 - Nome Fantasia

2.9 - Logradouro

2.10 - Número

2.11 - Complemento

2.12 - Bairro

2.13 - CEP

2.14 - DDD/Telefone

2.15 - DDD/FAX

2.17 - Região de Saúde

2.18 - Código do IBGE do Município

2.19 - Nome do Município

2.20 - UF

0 0 3

4 1 1 9 9 0

PONTA GROSSA

PR

2.23 - E-mail (institucional preferencialmente)

2.24 - Diretor Clínico ou Gerente/Administrador

2.25 - Registro Conselho de Classe

**3 - IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR**

**3.1 - Vigilância Sanitária**

3.1.1 - Nº DO ALVARÁ

3.1.2 - DATA EXPEDIÇÃO

3.1.3 - ÓRGÃO EXPEDIDOR

SES

SMS

**3.3 - Representante Legal**

3.3.1 - CPF

3.3.2 - Nome Representante Legal

3.3.3 - Cargo

3.3.4 - E-mail (institucional preferencialmente)

**Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade**

**Data**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Gerência de Controle e Avaliação**



**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
*Módulo Básico*

**Ficha nº 02**

**1 - DADOS OPERACIONAIS** →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

**2 - IDENTIFICAÇÃO**

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

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

--

**4 - Atividade de Ensino e Pesquisa**

- 01 - UNIDADE UNIVERSITARIA
- 02 - UNIDADE ESCOLA SUPERIOR ISOLADA
- 03 - UNIDADE AUXILIAR DE ENSINO
- 04 - UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO
- 05 - HOSPITAL DE ENSINO

**CARACTERIZAÇÃO**

**5 - Fluxo de Clientela**

- 01 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA
- 02 - ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA
- 03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

**5.1 - Nível de Atenção**

Tipo	Atividade	Gestão	
<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Atensão Básica	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Média Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Média Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Municipal

**5.2 - Atendimento Prestado**

	SUS	PARTICULAR	PLANO DE SAUDE PUBLICO	PLANO DE SAUDE PRIVADO	GRATUIDADE
1 - Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - SADT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade**

**Data**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Gerência de Controle e Avaliação



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
Módulo Básico

Ficha nº 03

1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

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

--

5.11 - HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

5.12 - Turno de Atendimento

- 01 - ATENDIMENTO SOMENTE PELA MANHA
- 02 - ATENDIMENTO SOMENTE A TARDE
- 03 - ATENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE
- 04 - ATENDIMENTO NOS TURNOS DA MANHA, TARDE E NOITE
- 05 - ATENDIMENTO COM TURNOS INTERMITENTES
- 06 - ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS DOMINGOS E FERIADOS)
- 07 - ATENDIMENTO SOMENTE A NOITE

5.13 - Turno de Atendimento

- SEMPRE ABERTO / ININTERRUPTO

5.14 - Dia da Semana

- |  |                                       |                                  |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DE SEGUNDA À SEXTA  | <input type="checkbox"/> QUARTA-FEIRA | <input type="checkbox"/> DOMINGO |
| <input type="checkbox"/> DE SEGUNDA À SÁBADO | <input type="checkbox"/> QUINTA-FEIRA |                                  |
| <input type="checkbox"/> SEGUNDA-FEIRA       | <input type="checkbox"/> SEXTA-FEIRA  |                                  |
| <input type="checkbox"/> TERÇA-FEIRA         | <input type="checkbox"/> SÁBADO       |                                  |

5.15 - Horário

das

	:	
--	---	--

às

	:	
--	---	--

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Gerência de Controle e Avaliação



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
Módulo Básico

Ficha nº 04

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

8 - ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA

8.1 - Internet

8.1.1 - Conexão à Internet

Sim

Não

8.1.2 - Tipo de Conexão

Discado

Link dedicado

Satélite

3G

ADSL

Rádio

Cabo Modem

Fibra Ótica

8.2 - Telefonia

8.2.1 - Telefonia Fixa

Sim

Não

8.2.2 - Telefonia Móvel

Sim

Não

16 - SERVIÇOS DE APOIO

Serviço

Próprio

Terceirizado

01 - SAME ou SPP (Serviço de Prontuário do Paciente)

02 - Serviço Social

03 - Farmácia

04 - Central de Esterilização de Materiais

05 - Nutrição e Dietética (S.N.D.)

06 - Lactário

07 - Banco de Leite

08 - Lavanderia

09 - Serviço de Manutenção de Equipamentos

10 - Ambulância

11 - Necrotério

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**  
**Gerência de Controle e Avaliação**



**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
*Módulo Conjunto*

**Ficha nº 05**

**1 - DADOS OPERACIONAIS**

**2 - IDENTIFICAÇÃO**

**2.1 - CNES**



INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_- Nome Fantasia do Estabelecimento

**17 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**

Código do Serviço	Descrição	Código da Classificação	Descrição	Amb.		Prop. Tec.	Hosp.		CNES Terceiro
				SUS	Não SUS		SUS	Não SUS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

\_\_\_\_ Data



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Gerência de Controle e Avaliação**



**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
*Módulo Equipamentos*

**Ficha nº 06**

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 Existente	Quantidade 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 Diretor da Unidade**

**Data**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Gerência de Controle e Avaliação



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
Módulo Equipamentos (Continuação)

Ficha nº 07

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS

29.3 - Equipamentos por Métodos Ópticos

		Quantidade		SUS	
		Existente	em uso	Sim	Não
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"/>
07	Cadeira Oftalmológica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Coluna Oftalmológica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Refrator	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Lensômetro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Projektor ou Tabela de Optótipos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Retinoscópio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Oftalmoscópio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ceratômetro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Tonômetro de Aplanção	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Campímetro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Gerência de Controle e Avaliação



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
Módulo Equipamentos (Continuação)

Ficha nº 08

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 Diretor da Unidade

Data

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Gerência de Controle e Avaliação



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
Módulo Equipamentos (Continuação)

Ficha nº 09

1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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 Diretor da Unidade

Data

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Gerência de Controle e Avaliação



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
Módulo Equipamentos (Continuação)

Ficha nº 10

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - Equipamentos (Continuação)

29.8 - Equipamento de Audiologia

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
01	Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico de Curta, Média e Longa Latência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Audiômetro de um Canal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Audiômetro de dois Canais	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Imitanciômetro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Imitanciômetro multifrequencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Cabina acústica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sistema de campo livre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Sistema completo de reforço visual (VRA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ganho de inserção	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	HI-PRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30 - Rejeitos

30.1 - Resíduos/Rejeitos

1 - Resíduos Biológicos

3 - Rejeitos Radioativos

5 - Nenhum

2 - Resíduos Químicos

4 - Resíduos Comuns

31 - INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA A ASSISTÊNCIA

31.1 - Ambulatório

Consultórios Médicos

Clínicas Básicas

Clínicas Especializadas

Sala de Enfermagem  
(Serviços)

Quantidade

Odontologia

Consultórios

Sala de Pequena  
Cirurgia

Quantidade

Sala de Gesso

Quantidade

Sala de Imunização

Quantidade

Sala de Nebulização

Quantidade

Outros Consultórios Especializados  
(Não Médicos)

Sala de Curativo

Quantidade

Sala de Cirurgia  
Ambulatorial

Quantidade

()  
Quantidade  
  
Especificar

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

--	--



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**  
**Gerência de Controle e Avaliação**



**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
**Cadastro de Profissional**

**Ficha nº 11**

**1 - DADOS OPERACIONAIS**

**2 - IDENTIFICAÇÃO**

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento \_\_\_\_\_

33 - Data de Entrada no Estabelecimento

33.1 - Atendimento ao SUS

SIM

NÃO

**34 - DADOS DO PROFISSIONAL**

**34.1 - Dados de Identificação**

34.1.1 - Nome do Profissional \_\_\_\_\_

34.1.4 - CPF

34.1.5 - Sexo

M  F

34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional

34.1.9 - Município de Nascimento \_\_\_\_\_

34.1.11 - UF

34.1.19 N° Identidade

34.1.21 - Órgão Emissor do RG

34.1.22 Data de Emissão RG

34.1.33 - Nacionalidade

Brasileiro  
 Estrangeiro

34.1.24 - País de Origem (Nascimento)

34.1.25 - Data da Entrada no País

34.1.26 - Data de Naturalização

34.1.27 - Nº de Portaria

34.1.38 - Nome da Mãe \_\_\_\_\_

34.1.39 - Nome do Pai \_\_\_\_\_

34.1.37 - E-mail do Profissional \_\_\_\_\_

34.18 - Raça / Cor

- 01 - BRANCA
- 02 - PRETA
- 03 - PARDA
- 04 - AMARELA
- 05 - INDIGENA
- 99 - SEM INFORMACAO

34.19 - Escolaridade

- 01 - NAO SABE LER/ESCREVER
- 02 - ALFABETIZADO
- 03 - 1º GRAU INCOMPLETO
- 04 - 1º GRAU COMPLETO
- 05 - 2º GRAU INCOMPLETO
- 06 - 2º GRAU COMPLETO
- 07 - SUPERIOR INCOMPLETO
- 08 - SUPERIOR COMPLETO
- 09 - ESPECIALIZACAO/RESIDENCIA
- 10 - MESTRADO
- 11 - DOUTORADO
- 99 - OUTRO

**34.2 - Dados Residenciais**

34.2.1 - Tipo de Logradouro

34.2.2 - Logradouro

34.2.3 - Número

34.2.24 - Complemento

34.2.25 - Bairro/Distrito

34.2.26 - Município de Residência

34.2.8 - UF

34.2.9 - CEP

34.2.10 - Telefone do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Gerência de Controle e Avaliação



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
Cadastro de Profissional (Continuação)

Ficha nº 12

34.3 - CBO - Código Brasileiro de Ocupação

<input type="checkbox"/> 515105 - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> 223293 - CIRURGIÃO DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> 225142 - MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> 515140 - AGENTE DE COMBATE AS ENDEMIAS	<input type="checkbox"/> 223505 - ENFERMEIRO	<input type="checkbox"/> 225250 - MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA
<input type="checkbox"/> 411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/> 223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> 225124 - MÉDICO PEDIATRA
<input type="checkbox"/> 322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> 223405 - FARMACÊUTICO	<input type="checkbox"/> 251510 - PSICOLOGO CLÍNICO
<input type="checkbox"/> 322250 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> 223415 - FARMACÊUTICO ANALISTA CLÍNICO	<input type="checkbox"/> 322205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> 322415 - AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL	<input type="checkbox"/> 223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	<input type="checkbox"/> 322245 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> 322430 - AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> 223810 - FONO AUDIÓLOGO	<input type="checkbox"/> 514120 - ZELADOR DE EDIFÍCIO
<input type="checkbox"/> 223208 - CIRURGIÃO DENTISTA CLÍNICO GERAL	<input type="checkbox"/> 225125 - MÉDICO CLÍNICO	<input type="checkbox"/> _____

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

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

34.4.3 - Quando Pessoa Jurídica Colocar CNPJ

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

34.4.5 - Vinculação

34.4.5.1 - Forma de Contratação com o Estabelecimento

<input type="checkbox"/> 01 - VÍNCULO EMPREGATÍCIO
<input type="checkbox"/> 02 - AUTONOMO
<input type="checkbox"/> 03 - COOPERATIVA
<input type="checkbox"/> 04 - OUTROS
<input type="checkbox"/> 05 - RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> 06 - ESTÁGIO
<input type="checkbox"/> 07 - BOLSA
<input type="checkbox"/> 08 - INTERMEDIADO
<input type="checkbox"/> 09 - INFORMAL
<input type="checkbox"/> 10 - SERVIDOR PUBLICO CEDIDO PARA INICIATIVA PRIVADA

34.4.5.2 - Forma de Contratação com o Empregador

<input type="checkbox"/> 01 - ESTATUTÁRIO EFETIVO
<input type="checkbox"/> 02 - EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA
<input type="checkbox"/> 03 - CELETISTA
<input type="checkbox"/> 04 - CARGO COMISSIONADO
<input type="checkbox"/> 05 - CONTRATADO TEMPORÁRIO OU POR PRAZO/TEMPO DETERMINADO
<input type="checkbox"/> 06 - PESSOA FÍSICA
<input type="checkbox"/> 07 - PESSOA JURÍDICA
<input type="checkbox"/> 08 - BOLSISTA
<input type="checkbox"/> 09 - VOLUNTARIADO
<input type="checkbox"/> 10 - AUTONOMO
<input type="checkbox"/> 11 - NÃO SE APLICA

34.4.5.3 - Detalhamento da Forma de Contratação

<input type="checkbox"/> 01 - PRÓPRIO
<input type="checkbox"/> 02 - CEDIDO
<input type="checkbox"/> 03 - PÚBLICO
<input type="checkbox"/> 04 - PRIVADO
<input type="checkbox"/> 05 - SERVIDOR PÚBLICO PRÓPRIO
<input type="checkbox"/> 06 - SERVIDOR PÚBLICO CEDIDO
<input type="checkbox"/> 07 - SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE
<input type="checkbox"/> 08 - CONTRATO POR REDE PRIVADA
<input type="checkbox"/> 09 - PESSOA FÍSICA
<input type="checkbox"/> 10 - PESSOA JURÍDICA
<input type="checkbox"/> 11 - NÃO SE APLICA

35 - ÓRGÃO EMISSOR

<input type="checkbox"/> 01 - MEDICINA CONSELHO REGIONAL
<input type="checkbox"/> 02 - ENFERMAGEM CONSELHO REGIONAL
<input type="checkbox"/> 03 - ASSISTENCIA SOCIAL CONSELHO REGIONAL
<input type="checkbox"/> 04 - FARMACIA CONSELHO REGIONAL
<input type="checkbox"/> 05 - ODONTOLOGIA CONSELHO REGIONAL
<input type="checkbox"/> 06 - FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL CONSELHO REGIONAL
<input type="checkbox"/> 07 - PSICOLOGIA CONSELHO REGIONAL
<input type="checkbox"/> 08 - NUTRIÇÃO CONSELHO REGIONAL
<input type="checkbox"/> 09 - REGISTRO NO MINISTERIO DA SAÚDE PROGRAMA MAIS MÉDICOS
<input type="checkbox"/> 10 - OUTROS ÓRGÃOS EMISSORES

36 - DATA DO DESLIGAMENTO

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

36.1 - MOTIVO DO DESLIGAMENTO

<input type="checkbox"/> 01 - DEMISSÃO
<input type="checkbox"/> 02 - TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTAB DO MESMO MUNICIPIO
<input type="checkbox"/> 03 - TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTAB DE OUTRO MUNICIPIO/ESTADO
<input type="checkbox"/> 04 - LICENÇA/AFASTAMENTO PELO PERÍODO SUPERIOR A 60 DIAS
<input type="checkbox"/> 05 - APOSENTADORIA
<input type="checkbox"/> 06 - MORTE
<input type="checkbox"/> 07 - CADASTRADO INDEVIDAMENTE
<input type="checkbox"/> 08 - TÉRMINO DE CONTRATO
<input type="checkbox"/> 09 - ABANDONO DE EMPREGO
<input type="checkbox"/> 10 - ESTABELECIMENTO DESATIVADO

37 - TIPO DE CARGA HORÁRIA

<input type="checkbox"/> HOSPITALAR
<input type="checkbox"/> AMBULATORIAL
<input type="checkbox"/> OUTROS

37.1 - CARGA HORÁRIA SEMANAL

<input type="checkbox"/> 05 HORAS	<input type="checkbox"/> 20 HORAS
<input type="checkbox"/> 08 HORAS	<input type="checkbox"/> 30 HORAS
<input type="checkbox"/> 10 HORAS	<input type="checkbox"/> 36 HORAS
<input type="checkbox"/> 12 HORAS	<input type="checkbox"/> 40 HORAS
<input type="checkbox"/> 15 HORAS	<input type="checkbox"/> _____ HORAS

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data