

## VERIFICAR

### VERIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA E REGISTRO DA PRODUÇÃO

#### Validação da produção informada

Data da visita:

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dia                  | mês                  | ano                  |

NA (não se aplica)  
NS (não sabe)  
NR (não respondeu)

#### Internações

RESPONSÁVEL PELA  
UNIDADE DE  
INTERNAÇÃO

104. Número informado de pacientes internados no dia da visita

|                      |        |                      |
|----------------------|--------|----------------------|
| <input type="text"/> | número | <input type="text"/> |
|----------------------|--------|----------------------|

105. Número de prontuários de pacientes internados para tratamento clínico disponibilizados para verificação na data da visita

|                      |        |                      |
|----------------------|--------|----------------------|
| <input type="text"/> | número | <input type="text"/> |
|----------------------|--------|----------------------|

106. Número de prontuários de pacientes internados para tratamento cirúrgico disponibilizados para verificação na data da visita

|                      |        |                      |
|----------------------|--------|----------------------|
| <input type="text"/> | número | <input type="text"/> |
|----------------------|--------|----------------------|

107. Número de prontuários de pacientes internados para tratamento clínico verificados na data da visita

|                      |        |                      |
|----------------------|--------|----------------------|
| <input type="text"/> | número | <input type="text"/> |
|----------------------|--------|----------------------|

108. Número de prontuários de pacientes internados para tratamento cirúrgico verificados na data da visita

|                      |        |                      |
|----------------------|--------|----------------------|
| <input type="text"/> | número | <input type="text"/> |
|----------------------|--------|----------------------|