

**ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE
SUB-ANEXO XI-A DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO
ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE AOS ESTABELECIMENTOS COM ATIVIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE COM
OU SEM EQUIPAMENTO DE SAÚDE

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA COMPETENTE

1. Número do Protocolo

2. Data do Protocolo

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMO DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

9. Razão Social / Nome

10. Nome Fantasia

11. CNPJ / CPF

6. Nº CMVS do estabelecimento, se houver

III. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

41. Cód. CNES

41A. Autorização da ANVISA para transporte interestadual de amostra de sangue de doadores, bolsas de sangue e hemocomponentes

Número da autorização Data da publicação

42.

Cód. e descrição do tipo de serviço de saúde objeto da solicitação

43. Tipos de serviços de saúde albergados:

A. Próprios (Sob CMVS da estrutura albergante) - Registre os códigos:

B. Próprios (com CMVS próprio) registre os códigos:

B. Terceirizados - Registre os códigos e respectivos CNPJ:

Cód. CNPJ _____

Cód. CNPJ _____

Cód. CNPJ _____

Cód. CNPJ _____

Cód. CNPJ _____

Cód. CNPJ _____

IV. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL - INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS

44. Total de consultórios médicos, segundo o tipo:

Pediátrico

Feminino

Masculino

Outros

45. Total de outros consultórios _____

46. Total de salas e de leitos de repouso / observação, segundo o tipo:

Salas

Leitos

Pediátrico

Salas

Leitos

Feminino

Salas

Leitos

Masculino

Salas

Leitos

Outros

47. Total de:

Consultórios odontológicos e Equipos

48. Total de salas, segundo o tipo:

Pequenas cirurgias

Imunização

Nebulização

Curativo

Gesso

Enfermagem

Cirurgia ambulatorial

Quimioterapia

Diálise

Salas

Poltronas

Salas

Poltronas