

Superintendência de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde

IV – Prestação de atendimento à assistência a saúde:		
Em regime de internação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Número de leitos de pacientes adultos:		
Número de leitos de pacientes pediátricos:		
Número de leitos de pacientes recém-nascidos até 28 dias (neonatologia):		
Em regime de terapia intensiva (UTI):	<input type="checkbox"/> Própria	<input type="checkbox"/> Terceirizada
Número de leitos de pacientes adultos:		
Número de leitos de pacientes pediátricos:		
Número de leitos de pacientes recém-nascidos até 28 dias (neonatologia):		
V – Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia:		
Patologia clínica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Posto de Coleta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Microbiologia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Anatomia Patológica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Citologia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Raio X:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Mamografia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Densitometria óssea:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Tomografia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ultra-sonografia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ressonância Magnética:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Endoscopia: Nº de salas:		
Tipo I <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo II <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo III <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Sala de recuperação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº de poltronas/leitos:
RDC 06/2002013, Art.4º Para cumprimento desta Resolução os serviços de endoscopia passam a ser classificados da seguinte forma:		
I – serviço de endoscopia tipo I: é aquele que realiza procedimentos endoscópicos sem sedação, com ou sem anestesia tópica;		
II – serviço de endoscopia tipo II: é aquele que, além dos procedimentos descritos no inciso I do Art. 4º, realiza ainda procedimentos endoscópicos sob sedação consciente, com medicação passível de reversão com uso de antagonistas;		
III – serviço de endoscopia tipo III: serviço de endoscopia que, além dos procedimentos descritos nos incisos I e II do Art. 4º, realiza procedimentos endoscópicos sob qualquer tipo de sedação ou anestesia.		
Hemodinâmica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Litotripsia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Medicina Nuclear: Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Terapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Radioterapia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quimioterapia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outros especificar:		

Superintendência de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde

Partos normais:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nº de salas:
Partos cirúrgicos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nº de salas:
Procedimentos Cirúrgicos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nº de salas:
- Cirurgias neurológicas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Cirurgias com implante de prótese de quadril/joelho:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Cirurgias cardíacas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Cirurgias plásticas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Cirurgias com implante mamário:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Sala de recuperação pós-anestésica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nº de leitos:
Diálise			
Hemodiálise:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Total de nº de máquinas:
Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Diálise Peritoneal Automatizada (DPA):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Projeto do subsistema de distribuição de água tratada para hemodiálise (SDATH):			
Atividades hemoterápicas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual:
OBS: Se terceirizado, favor preencher o campo de serviços terceirizados			
VI – Serviços de apoio técnico:			
Nutrição enteral:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Nutrição parenteral:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Assistência farmacêutica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Centro de material e esterilização:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Classe I <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Classe II <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.			
Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento.			
FONTE PRINCIPAL: RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012.			
OBS: Se terceirizado, favor preencher o campo de serviços terceirizados			
VII – Apoio logístico:			
Processamento de roupa (lavanderia):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
OBS: Se terceirizado, favor preencher o campo de serviços terceirizados			
VIII – Projeto:			
Projeto básico de arquitetura aprovado:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Data de aprovação:			
Observação:			



Superintendência de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde

IX – Planos e Programas:		
Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS):		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	RDC N° 306/2004/ANVISA/MS
Programa de Controle de Infecção Hospitalar:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Portaria n° 2616/98/MS
Plano de Segurança do Paciente (PSP):		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	RDC N° 36/2013/ANVISA/MS
X – Serviços Terceirizados: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Serviço:		
Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		
Município:	UF:	Telefone:
Serviço:		
Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		
Município:	UF:	Telefone:
Serviço:		
Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		
Município:	UF:	Telefone:
Serviço:		
Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		
Município:	UF:	Telefone:

O Representante legal do serviço acima mencionado, ou seu substituto, se responsabilizam pelas informações prestadas neste documento, nos termos do Decreto-Lei n° 2848/1940, artigo 299 do Código Penal.

Local , data e assinatura do RT