



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

16 - SERVIÇOS DE APOIO

Serviço	Próprio	Terceirizado
01 - SAME ou SPP(Serviço de Prontuário do Paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Serviço Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Farmácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Central de Esterilização de Materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Nutrição e Dietética (S.N.D.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Lactário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Banco de Leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Serviço de Manutenção de Equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Ambulância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Necrotério	<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
---	------	--	------