

5- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prevenção | <input type="checkbox"/> Comp. Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Exames p/ CNH |
| <input type="checkbox"/> Terapêutica | <input type="checkbox"/> Pesquisa | <input type="checkbox"/> Necropsia |
| <input type="checkbox"/> Reabilitação | <input type="checkbox"/> Ensino | <input type="checkbox"/> Conservação de Cadáver |
| | | <input type="checkbox"/> Comerc. / Representação |

6 - UNIDADE OU SERVIÇOS DISPONÍVEIS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agência Transfusional | <input type="checkbox"/> Endoscopia digestiva | <input type="checkbox"/> Obtenção de CNH |
| <input type="checkbox"/> Alergia e imunologia | <input type="checkbox"/> Ergometria | <input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório | <input type="checkbox"/> Estudos genéticos | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Anatomia patológica | <input type="checkbox"/> Exames cardiológicos | <input type="checkbox"/> Radiologia clínica |
| <input type="checkbox"/> Anestesia geral p/ odontologia | <input type="checkbox"/> Farmácia/dispensa de medicamentos | <input type="checkbox"/> Radiologia de diagnóstico ou intervencionista |
| <input type="checkbox"/> Banco de sangue e hemoderivados | <input type="checkbox"/> formolização e embalsamamento de cadáveres | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Cancerologia | <input type="checkbox"/> Hemodiálise | <input type="checkbox"/> Reabilitação |
| <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico | <input type="checkbox"/> Hemodinâmica | <input type="checkbox"/> Sala de vacinação |
| <input type="checkbox"/> Centro obstétrico | <input type="checkbox"/> Home care | <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia bariátrica | <input type="checkbox"/> Internação | <input type="checkbox"/> Transplante |
| <input type="checkbox"/> Clínica médica | <input type="checkbox"/> Laboratório | <input type="checkbox"/> Transporte aeromédico |
| <input type="checkbox"/> Consultas médicas | <input type="checkbox"/> Litotripsia | <input type="checkbox"/> Ultrassom |
| <input type="checkbox"/> Consultoria médica | <input type="checkbox"/> Mamografia | <input type="checkbox"/> Unidade coronariana |
| <input type="checkbox"/> Densitometria óssea | <input type="checkbox"/> Maternidade | <input type="checkbox"/> Unidade de recuperação anestésica |
| <input type="checkbox"/> Diálise peritoneal | <input type="checkbox"/> Medicina do Trabalho e consultoria a empresa | <input type="checkbox"/> Unidade móvel de atendimento |
| <input type="checkbox"/> Doenças raras | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear | <input type="checkbox"/> U.T.I adulto |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiografia | <input type="checkbox"/> Médico da família | <input type="checkbox"/> U.T.I. móvel de atendimento |
| <input type="checkbox"/> Emagrecimento e estética | <input type="checkbox"/> Nutrição | <input type="checkbox"/> U.T.I pediátrica |
| <input type="checkbox"/> Emergência | <input type="checkbox"/> parenteral/enteral | <input type="checkbox"/> U.T.I neonatal |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Queimados | | Outros _____ |

7 - ESPECIALIDADE DO ESTABELECIMENTO: _____

8 - INSTALAÇÕES

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Próprias | <input type="checkbox"/> Alugadas (Neste caso enviar cópia do Contrato de Aluguel) |
| <input type="checkbox"/> Adaptadas | <input type="checkbox"/> Cedidas |

9 - RECURSOS MATERIAIS

9.1 N^o de Leitos: Clínicos____ Pediátricos____ Oncológicos____
Psiquiátricos____ Cirúrgicos____ U.T.I.____
Obstétricos____ Isolamento____ Outros____
Total____

9.2 Berçário: Baixo Risco____ Médio Risco____ Alto Risco____ Total____

9.3 N^o de: Consultórios____ Salas Cirúrgicas____
Salas de RX____ Outros____

9.4 Inform. Complementares: SAME CCIH Com. de Ética Médica
 Auditório Biblioteca Vest. de funcionários

10 - RECURSOS HUMANOS

10.1 Área Médica:(Qt.) Médicos____ Méd. estagiário____ Méd.
residente____
Médicos____ Sócios____ Estudantes____ Total de
Médicos____

10.2 Relação de trabalho: com vinculo empreg.____ sem vinculo empreg.____
(N^o de Médicos)

10.3 Remuneração: Salário Pró-labore Honorários
 Outros____

10.4 Outros Prof.: Enfermeiros____ Biomédico____ Biólogo____
Tec. Enfermagem____ Bioquímico____ Dentista____
Aux. Enfermagem____ Fisioterap.____ Fonoaudiólogo____
Psicólogos____ Assis. Social____ Nutricionista____
Técnico em Radiologia____

_____, MT em ____/____/_____.

Nome e Assinatura do Diretor Técnico