



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

18 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Quantidade de Salas Hemodiálise HBsAg+ HBsAg- DPI DPA/DPAc (Train.)		Quantidade de Salas de Reuso HBsAg+ HBsAg- HCV+		Quantidade de Máquinas para Hemodiálise Paciente HBsAg+ HBsAg- Pac. sem sorologia realizada Reserva		Turnos Hemodiálise	
Tratamento d'água Filtro de areia 1 Filtro de carvão 2		Abrandador 3		Deionizador 4		Máq. de Osmose Reversa 5	Outros 6

19 - ESTABELECIMENTOS/SERVIÇOS DE REFERÊNCIA/MANUTENÇÃO

Serviço de Nefrologia para DPI	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Serviço de Nefrologia para paciente com HBsAg+	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Serviço de Cirurgia Vascular	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Hospital Geral / Especializado	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Hospital para Transplante	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Laboratório de Histocompatibilidade	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Laboratório para Análise de Água	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Serviço de Radiologia	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Serviço de Ultra-sonografia	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Serviço de Anatomia Patológica/Citologia	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Serviço de Laboratório Clínico	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNES	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Manutenção dos equipamentos de diálise	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	
Manutenção dos equipamentos de tratamento de água	NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	
	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	UF	

20 - Formalização

NEFROLOGISTA RESPONSÁVEL

CPF

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