



1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS (Continuação)

29.6 - Equipamento de Odontologia

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
01	Equipo Odontológico Completo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Compressor Odontológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Fotopolimerizador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Caneta de Alta Rotação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Caneta de Baixa Rotação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Amalgamador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.7 - Outros Equipamentos

01	Aparelho de Diatermia por Ultra-som/Ondas Curtas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Aparelho de Eletroestimulação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Bomba de Infusão de Hemoderivados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Equipamentos de Aférese	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Equipamento de Circulação Extracorpórea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Equipamento para Hemodiálise	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Forno de Bier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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