



**Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Recebimento - NAOR Capital**

CADASTRO DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS

Nº do Processo: 024.00130246/2026-75

Interessado: SES - HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DO ITAIM PAULISTA-
46.374.500/0141-44

Assunto: RENOVAÇÃO DA LICENÇA DE FUNC. - HOSPITAL GERAL

PROTOCOLO

sei!
assinatura
eletrônica



Documento assinado eletronicamente por **Sandra Cristina Da Silva Fraga, Oficial Administrativo**, em 23/09/2026, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
[https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador
0122372291 e o código CRC **77B171A4**.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO III – PORTARIA CVS 1/2024

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. N° PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO

☒ ESTABELECIMENTO

☐ EQUIPAMENTO

☐ ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA

CÓDIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADE DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - EXCETO PRONTO-SOCORRO E

6. N° CEVS

355030890

861

012007

1 2

7. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

☐ LICENÇA SANITÁRIA INICIAL

☐ CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA

☒ RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 8, as alterações correspondentes à esta solicitação.

8. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:

a. ENDEREÇO

g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. N° DE LEITOS

c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

i. AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

d. RESPONSABILIDADE LEGAL

j. REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

e. RAZÃO SOCIAL

f.1. FUSÃO ou

f.2. INCORPORAÇÃO ou

f.3. CISÃO ou

f.4. SUCESSÃO

REGISTRE O NOVO CNPJ:

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

9. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções:

☒ PESSOA JURÍDICA

☐ PESSOA FÍSICA

10. CNPJ / CPF

46.374.500/0141-44

11. RAZÃO SOCIAL / NOME

SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE - HOSPITAL

12. NOME FANTASIA

HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DO ITAIM PAULISTA

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

13. CEP 08115-100	14. TIPO LOGRADOURO AVENIDA
15. LOGRADOURO AV. MARECHAL TITO	
16. Nº 6035	17. COMPLEMENTO
18. BAIRRO ITAIM PAULISTA	
19. MUNICÍPIO SÃO PAULO	
UF: SP	20. DISTRITO
21. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: ° ' " N ° ' " S	
22. TELEFONE 11 2563-6303	23. CELULAR 11 98361-1024
24. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) gersupri.itaيم@oss.santamarcelina.org	
25. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

26. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: ☒ MATRIZ / MANTENEDORA ☐ FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:																					
27. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: ☐ PRIVADO ☐ FEDERAL ☒ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL																					
28. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções: <table border="0"><tr><td>☐ PESSOA FÍSICA</td><td>☐ EMPRESA PRIVADA</td><td>☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA</td></tr><tr><td>☐ COOPERATIVA</td><td>☐ SINDICATO</td><td>☐ FUNDAÇÃO PRIVADA</td></tr><tr><td>☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS</td><td>☐ SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO</td><td></td></tr><tr><td>☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE</td><td>☒ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA</td><td></td></tr><tr><td>☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO</td><td>☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA</td><td></td></tr><tr><td>☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA</td><td>☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA</td><td></td></tr></table>		☐ PESSOA FÍSICA	☐ EMPRESA PRIVADA	☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA	☐ COOPERATIVA	☐ SINDICATO	☐ FUNDAÇÃO PRIVADA	☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS	☐ SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO		☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE	☒ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA		☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO	☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA		☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA	☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA			
☐ PESSOA FÍSICA	☐ EMPRESA PRIVADA	☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA																			
☐ COOPERATIVA	☐ SINDICATO	☐ FUNDAÇÃO PRIVADA																			
☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS	☐ SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO																				
☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE	☒ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA																				
☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO	☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA																				
☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA	☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA																				
29. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. – Assinale <u>uma</u> das opções ao lado conforme prestação do serviço: ☐ NÃO ☐ SIM para a classe 1 ☐ SIM para a classe 2 – Para resposta <u>SIM</u> , assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada: <table border="0"><tr><td>☐ ODONTÓGICO INTRAORAL</td><td>☐ MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA</td><td>☐ MAMÓGRAFO</td></tr><tr><td>☐ ODONTÓGICO EXTRAORAL</td><td>☐ MÉDICO COM FLUOROSCOPIA</td><td>☐ TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO</td></tr></table>		☐ ODONTÓGICO INTRAORAL	☐ MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	☐ MAMÓGRAFO	☐ ODONTÓGICO EXTRAORAL	☐ MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	☐ TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO														
☐ ODONTÓGICO INTRAORAL	☐ MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	☐ MAMÓGRAFO																			
☐ ODONTÓGICO EXTRAORAL	☐ MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	☐ TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO																			
30. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: ☐ CONSUMO HUMANO ☒ REUSO																					
31. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I. – Assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte <table border="0"><tr><td>☐ ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES</td><td>☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO</td></tr><tr><td colspan="2">☐ SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES</td></tr><tr><td colspan="2">☐ PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale <u>um ou mais</u> códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 24). <table border="0"><tr><td>☐ 01</td><td>☐ 02</td><td>☐ 03</td><td>☐ 04</td><td>☐ 05</td><td>☐ 06</td><td>☐ 07</td><td>☐ 08</td><td>☐ 09</td><td>☐ 10</td><td>☐ 12</td><td>☐ 14</td><td>☐ 15</td><td>☐ 20</td></tr></table></td></tr></table>		☐ ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES	☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO	☐ SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES		☐ PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale <u>um ou mais</u> códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 24). <table border="0"><tr><td>☐ 01</td><td>☐ 02</td><td>☐ 03</td><td>☐ 04</td><td>☐ 05</td><td>☐ 06</td><td>☐ 07</td><td>☐ 08</td><td>☐ 09</td><td>☐ 10</td><td>☐ 12</td><td>☐ 14</td><td>☐ 15</td><td>☐ 20</td></tr></table>		☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04	☐ 05	☐ 06	☐ 07	☐ 08	☐ 09	☐ 10	☐ 12	☐ 14	☐ 15	☐ 20
☐ ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES	☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO																				
☐ SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES																					
☐ PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale <u>um ou mais</u> códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 24). <table border="0"><tr><td>☐ 01</td><td>☐ 02</td><td>☐ 03</td><td>☐ 04</td><td>☐ 05</td><td>☐ 06</td><td>☐ 07</td><td>☐ 08</td><td>☐ 09</td><td>☐ 10</td><td>☐ 12</td><td>☐ 14</td><td>☐ 15</td><td>☐ 20</td></tr></table>		☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04	☐ 05	☐ 06	☐ 07	☐ 08	☐ 09	☐ 10	☐ 12	☐ 14	☐ 15	☐ 20						
☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04	☐ 05	☐ 06	☐ 07	☐ 08	☐ 09	☐ 10	☐ 12	☐ 14	☐ 15	☐ 20								



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO III – PORTARIA CVS 1/2024

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

32. RESPONSÁVEL LEGAL: ROSANE GHEDIN	CPF: 128.400.028-17
CBO – Registre código e descrição: 2235-0	ENFERMEIRA
33. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL FERNANDA MARIA FERREIRA GUIMARÃES	CPF: 129.350.448-35
CONSELHO PROFISSIONAL: CRM	UF: SP N° INSCRIÇÃO: 60114
CBO – Registre código e descrição: 225124	MÉDICO PEDIATRA
34. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01	CPF:
CONSELHO PROFISSIONAL:	UF: N° INSCRIÇÃO:
CBO – Registre código e descrição:	
35. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02	CPF:
CONSELHO PROFISSIONAL:	UF: N° INSCRIÇÃO:
CBO – Registre código e descrição:	
36. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03	CPF:
CONSELHO PROFISSIONAL:	UF: N° INSCRIÇÃO:
CBO – Registre código e descrição:	

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

SÃO PAULO

01/10/2024

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

Fernanda M. Ferreira Guimarães

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

Rosane Ghedin
CPF: 128.400.028-17



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.1 – PORTARIA CVS 1/2024

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. N° PROCESSO ORIGEM

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. N° CEVS 355030890 861 012007 1 2 5. CNPJ/CPF 46.374.500/0141-44

6. RAZÃO SOCIAL / NOME SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE - HOSPITAL

7. NOME FANTASIA HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DO ITAIM PAULISTA

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO CNES: 2077620

9. TIPO DE SERVIÇO

CÓDIGO SERVIÇO: 090

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB N° CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

163	181	112	055	058	059	062	066
196	096	115	136	022	026	036	051
192	053	054	100	101	087	172	206
033	034	093	076	092	162	009	079

B. PRÓPRIOS COM N° CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

074	088	141	041	071	198	200	203
082	111	090					

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

- ☐ A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA: / /
- ☐ B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO 2 FEMININO 0 MASCULINO 0 OUTROS 10

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS 10

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

PEDIÁTRICO 2 9 FEMININO 1 8 MASCULINO 1 8 OUTROS 1 8
SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS

15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS 0

EQUIPOS ODONTOLÓGICOS 0

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

CIRURGIA AMBULAT. 0 CURATIVO 2 ENFERMAGEM 3 GESSO 1 IMUNIZAÇÃO 1 NEBULIZAÇÃO 1
SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS
PEQUENAS CIRURGIAS 1 QUIMIOTERAPIA 0 0 DIÁLISE 0 0
SALAS SALAS POLTRONAS MÁQ. HD CRÔNICOS

V - LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

17. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

BUCO MAXILO FACIAL 0 GINECOLOGIA 12 OBSTETRÍCIA 0 OTORRINOLARINGOLOGIA 0
CARDIOLOGIA 0 LEITO / DIA 0 OFTALMOLOGIA 0 PEDIÁTRICA 8
CIRURGIA GERAL 40 NEFRO/UROLOGIA 0 ONCOLOGIA 0 PLÁSTICA 0
GASTROENTEROLOGIA 0 NEUROCIRURGIA 0 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 12 TORÁCICA 0

B. CLÍNICA:

AIDS 0 ENDOCRINOLOGIA 0 MOL.INFECCIOSAS 0 ONCOLOGIA 0 REABILITAÇÃO 0
CARDIOLOGIA 0 GERIATRIA 0 NEFRO/UROLOGIA 0 PEDIATRIA 43 TISIOLOGIA 0
CLÍNICA GERAL 78 HANSENOLOGIA 0 NEONATOLOGIA 0 PNEUMOLOGIA 0
CRÔNICOS 0 HEMATOLOGIA 0 NEUROLOGIA 0 PSIQUIATRIA 22
DERMATOLOGIA 0 LEITO / DIA 0 OBSTETRÍCIA 38

18. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO 10 UTI NEONATAL 16 UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL 16
UTI INFANTIL 0 UNIDADE INTERMEDIÁRIA 2 UNIDADE DE ISOLAMENTO 8

19. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO)

Nº SALAS: 2

Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: 14

Ferranda M. Ferreira Guimarães



Ir. Rosane Ghedin

RG: 19.838.222-4

CPF: 128.400.028-17

Diretora Presidente



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.1 – PORTARIA CVS 1/2024

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. N° PROCESSO ORIGEM

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. N° CEVS 355030890 861 012007 1 2 5. CNPJ/CPF 46.374.500/0141-44

6. RAZÃO SOCIAL / NOME SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE - HOSPITAL

7. NOME FANTASIA HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DO ITAIM PAULISTA

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO CNES: 2077620

9. TIPO DE SERVIÇO

CÓDIGO SERVIÇO: 090

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB N° CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

081	110						

B. PRÓPRIOS COM N° CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo 1.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

- ☐ A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA: / /
- ☐ B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO 2 FEMININO 0 MASCULINO 0 OUTROS 10

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS 10

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

PEDIÁTRICO 2 9 FEMININO 1 8 MASCULINO 1 8 OUTROS 1 8
SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS

15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS 0

EQUIPOS ODONTOLÓGICOS 0

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

CIRURGIA AMBULAT. 0 CURATIVO 2 ENFERMAGEM 3 GESSO 1 IMUNIZAÇÃO 1 NEBULIZAÇÃO 1
SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS
PEQUENAS CIRURGIAS 1 QUIMIOTERAPIA 0 0 DIÁLISE 0 0
SALAS SALAS POLTRONAS SALAS POLTRONAS MÁQ. HD CRÔNICOS

V - LEITOS - UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

17. UNIDADE DE INTERNAÇÃO - Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

BUCO MAXILO FACIAL 0 GINECOLOGIA 12 OBSTETRÍCIA 0 OTORRINOLARINGOLOGIA 0
CARDIOLOGIA 0 LEITO / DIA 0 OPTALMOLOGIA 0 PEDIÁTRICA 8
CIRURGIA GERAL 40 NEFRO/UROLOGIA 0 ONCOLOGIA 0 PLÁSTICA 0
GASTROENTEROLOGIA 0 NEUROCIRURGIA 0 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 12 TORÁCICA 0

B. CLÍNICA:

AIDS 0 ENDOCRINOLOGIA 0 MOL.INFECCIOSAS 0 ONCOLOGIA 0 REABILITAÇÃO 0
CARDIOLOGIA 0 GERIATRIA 0 NEFRO/UROLOGIA 0 PEDIATRIA 43 TISIOLOGIA 0
CLÍNICA GERAL 78 HANSENOLOGIA 0 NEONATOLOGIA 0 PNEUMOLOGIA 0
CRÔNICOS 0 HEMATOLOGIA 0 NEUROLOGIA 0 PSIQUIATRIA 22
DERMATOLOGIA 0 LEITO / DIA 0 OBSTETRÍCIA 38

18. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR - Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO 10 UTI NEONATAL 16 UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL 16
UTI INFANTIL 0 UNIDADE INTERMEDIÁRIA 2 UNIDADE DE ISOLAMENTO 8

19. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO)

Nº SALAS: 2 Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: 14

Fernanda M. Ferreira Guimarães



Ir. Rosane Ghedin
RG: 19.838.222-4
CPF: 128.400.028-17
Diretora Presidente