

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

IBGE - DIRETORIA TÉCNICA

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTATÍSTICAS PRIMÁRIAS

01 IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA
1975

01 UF/MUN/DISTRITO

02 Nº DE CADASTRO

02 CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

01 NOME

A₁ _____

02 ENDEREÇO

A₁ _____

03 TELEFONE

04 SITUAÇÃO

1 2
URBANA RURAL

03 ENTIDADE MANTENEDORA

01 NOME

A₁ _____

02 CLASSIFICAÇÃO

1 2 3 4 5 6
PARTICULAR C/ FINS LUCRATIVOS PARTICULAR BENEFICENTE PARTICULAR FILANTRÓPICA FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL

03 INSTITUIÇÃO DE PREV. SOCIAL

1 2
SIM NÃO

04 REGISTRO

1 2 3
CIP CNSS MS

04 ENTIDADE ADMINISTRADORA

01 NOME

A₁ _____

02 CLASSIFICAÇÃO

1 2
PARTICULAR PÚBLICA

05 ATENDIMENTO

01 CONVÊNIO ASSISTENCIAIS

01 INPS
 02 INPS / EMPRESA
 03 PATRONAL
 04 FUNRURAL
 05 LBA
 06 IPASE
 07 ORGÃO ESTADUAL
 08 ORGÃO MUNICIPAL
OUTRO ORGÃO NACIONAL:
 09 _____
OUTRO ORGÃO INTERNACIONAL:
 10 _____

02 FAIXA ETÁRIA DO ATENDIMENTO

1 0 A 14 ANOS
 2 15 A 19 ANOS
 3 20 ANOS E MAIS

08 CATEGORIA

GERAL 1 ESPECIALIZADO 2

06 ATIVIDADE

1 CURATIVA 2 PREVENTIVA 3 PESQUISA 4 REABILITAÇÃO 5 ENSINO

07 ENSINO

01 GRADUAÇÃO

1 ENFERMAGEM
 2 MEDICINA
 3 NUTRIÇÃO
 4 ODONTOLOGIA
 5 _____
 6 _____

02 PÓS-GRADUAÇÃO

1 MESTRADO E/OU DOUTORADO
 2 APERFEIÇOAMENTO, ESPECIALIZAÇÃO OU RESIDÊNCIA

03 QUALIFICAÇÃO P/O TRABALHO (NÍVEL DE 1º GRAU) ATENDENTE OU AUXILIAR OPERACIONAL: DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

1 _____
 2 _____

05 APERFEIÇOAMENTO, ESPECIALIZAÇÃO OU RESIDÊNCIA

1 CLÍNICA MÉDICA
 2 CIRURGIA
 3 PEDIATRIA
 4 GINECO - OBSTETRÍCIA
 5 PATOLOGIA CLÍNICA E/OU ANATOMIA PATOLÓGICA

OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS:
 6 _____
 7 _____

OUTRAS ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS:
 8 _____
 9 _____

04 HABILITAÇÃO PROFISSIONAL (NÍVEL DE 2º GRAU)

01 TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
 02 TÉCNICO OPERADOR DE RAIOS X
 03 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 04 TÉCNICO DE SANEAMENTO (INSPEÇÃO SANITÁRIA)
 05 _____
 06 AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
 07 AUXILIAR TÉCNICO DE RAIOS X
 08 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
 09 AUXILIAR DE SANEAMENTO
 10 AUXILIAR DE FISIOTERAPIA
 11 AUXILIAR DE TERAPIA OCUPACIONAL
 12 AUXILIAR DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA
 13 VISITADORA SANITÁRIA (AGENTE SOCIAL)
 14 _____

09 ESPECIALIZAÇÃO

01 CANCEROLOGIA
 02 CARDIOLOGIA
 03 NEUROLOGIA
 04 OBSTETRÍCIA
 05 PSIQUIATRIA

06 TRAUMATO-ORTOPEDIA
 07 EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO)
 08 DERMATOLOGIA SANITÁRIA
 09 TISIOLOGIA
 10 OUTRA DOENÇA TRANSMISSÍVEL

11 GERONTOLOGIA
 12 PEDIATRIA
 13 ODONTOLOGIA
 14 _____
 15 _____

IO INSTALAÇÕES

01 ÁREA				02 TIPO DA CONSTRUÇÃO				03 DATA			
DO TERRENO	1	----- m ²	1	<input type="checkbox"/> 1	MONOBLOCO	<input type="checkbox"/> 2	PAVILHONAR	DO FINAL DA CONSTRUÇÃO	1	-----	1
CONSTRUÍDA	2	----- m ²	2	NÚMERO DE PAVILHÕES	1	-----	1	DO INÍCIO DAS ATIVIDADES	2	-----	2

04 AMBULATÓRIOS				05 UNIDADES DE INTERNAÇÃO								
ESPÉCIE	/	Nº DE UNIDADES	/	ESPÉCIE	/	Nº DE UNIDADES	/	ESPÉCIE	/	Nº DE UNIDADES	/	
CONSULTÓRIO MÉDICO	1	-----	1	QUARTO DE 1 LEITO	1	-----	1	L E I T O	COMUM	6	-----	6
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	2	-----	2	QUARTO C/2 LEITOS	2	-----	2		BERÇO AQUECIDO	7	-----	7
CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM	3	-----	3	ENFERMARIA	3	-----	3		INCUBADORA	8	-----	8
SALA DE CURATIVO E/OU IMUNIZAÇÃO	4	-----	4	SALA DE CIRURGIA	4	-----	4		TOTAL	9	-----	9
TOTAL	9	-----	9	SALA DE PARTO	5	-----	5	BERÇO	0	-----	0	

06 LABORATÓRIOS				07 OUTRAS INSTALAÇÕES							
<input type="checkbox"/> 1	ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> 5	IMUNOLOGIA	<input type="checkbox"/> 1	SERVIÇO DE REGISTRO	<input type="checkbox"/> 5	LACTÁRIO	<input type="checkbox"/> 9	INSTALAÇÃO CENTRAL DE OXIGÊNIO		
<input type="checkbox"/> 2	BACTERIOLOGIA	<input type="checkbox"/> 6	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> 2	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO (SAME)	<input type="checkbox"/> 6	CRECHE	<input type="checkbox"/> 10	GERADOR AUXILIAR PARA ENERGIA ELÉTRICA		
<input type="checkbox"/> 3	PARASITOLOGIA	<input type="checkbox"/> 7	-----	<input type="checkbox"/> 3	FARMÁCIA OU DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> 7	COZINHA	<input type="checkbox"/> 11	OFICINA DE MANUTENÇÃO		
<input type="checkbox"/> 4	HEMATOLOGIA	-----	-----	<input type="checkbox"/> 4	LAVANDERIA	<input type="checkbox"/> 8	CALDEIRA	-----	-----		

II EQUIPAMENTOS

ESPÉCIE	/	Nº DE APARELHOS	/	ESPÉCIE	/	Nº DE APARELHOS	/	ESPÉCIE	/	Nº DE APARELHOS	/
RAIO X	01	-----	1	ELETRONCEFALOGRAFIA	06	-----	6	RIM ARTIFICIAL	11	-----	1
ABREUGRAFIA	02	-----	2	ELETROMIOGRAFIA	07	-----	7	MICROSCÓPIO	12	-----	2
RADIOTERAPIA	03	-----	3	ESPECTROFOTÔMETRO	08	-----	8	GELADEIRA	13	-----	3
ELETROCARDIOGRAFIA	04	-----	4	MONITORIZAÇÃO	09	-----	9	AUTOCLAVE	14	-----	4
ELETROCOQUE-TERAPIA	05	-----	5	RESPIRADOR	10	-----	0	TOTAL	99	-----	9

ESPÉCIE	/	QUANTIDADE	/
AMBULÂNCIAS	1	-----	1
OUTROS	2	-----	2
TOTAL	9	-----	9

13 SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E DE SAÚDE

<input type="checkbox"/> 01	RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/> 13	GINECOLOGIA	<input type="checkbox"/> 25	UNIDADE DE CRÔNICOS
<input type="checkbox"/> 02	ANESTESIA	<input type="checkbox"/> 14	OBSTETRICIA	<input type="checkbox"/> 26	MEDICINA NUCLEAR
<input type="checkbox"/> 03	HEMOTERAPIA	<input type="checkbox"/> 15	NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> 27	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
<input type="checkbox"/> 04	CANCEROLOGIA	<input type="checkbox"/> 16	NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> 28	FISIOTERAPIA
<input type="checkbox"/> 05	RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> 17	OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> 29	REABILITAÇÃO
<input type="checkbox"/> 06	CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> 18	OTORRINOLARINGOLOGIA	<input type="checkbox"/> 30	GERONTOLOGIA
<input type="checkbox"/> 07	CIRURGIA DE ADULTOS	<input type="checkbox"/> 19	PEDIATRIA	<input type="checkbox"/> 31	ODONTOLOGIA
<input type="checkbox"/> 08	CIRURGIA PEDIÁTRICA	<input type="checkbox"/> 20	PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 32	-----
<input type="checkbox"/> 09	CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> 21	UROLOGIA	<input type="checkbox"/> 33	-----
<input type="checkbox"/> 10	DERMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> 22	TISIOLOGIA	<input type="checkbox"/> 34	-----
<input type="checkbox"/> 11	DERMATOLOGIA SANITÁRIA	<input type="checkbox"/> 23	EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO)	<input type="checkbox"/> 35	-----
<input type="checkbox"/> 12	DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	<input type="checkbox"/> 24	TRAUMATO - ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> 36	-----

14 MOVIMENTO DO ESTABELECIMENTO

01 PACIENTES INTERNADOS											
ENTRADAS				SAÍDAS				SITUAÇÃO EM 31.12.75			
PACIENTES EXISTENTES EM 31.12.74	01	-----	1	ALTAS	03	-----	3	PACIENTES EXISTENTES EM 31.12.75	06	-----	6
PACIENTES ADMITIDOS DURANTE O ANO DE 1975	02	-----	2	ÓBITOS	04	-----	4		-----	-----	-----
	-----	-----	-----	NECRÓPSIAS	05	-----	5		-----	-----	-----

PACIENTES EXTERNOS															
02 CONSULTAS MÉDICAS						03 CONSULTAS ODONTOLÓGICAS									
PACIENTES	/	PRIMEIRAS CONSULTAS	/	CONSULTAS SUBSEQÜENTES	/	NÃO DISCRIMINADAS	/	PACIENTES	/	PRIMEIRAS CONSULTAS	/	CONSULTAS SUBSEQÜENTES	/	NÃO DISCRIMINADAS	/
MENORES DE 1 ANO	1	-----	1	-----	1	-----	1	ATÉ 14 ANOS	1	-----	1	-----	1	-----	1
DE 1 A 4 ANOS	2	-----	2	-----	2	-----	2	DE 15 ANOS E MAIS	2	-----	2	-----	2	-----	2
DE 5 A 14 ANOS	3	-----	3	-----	3	-----	3	GESTANTES	3	-----	3	-----	3	-----	3
DE 15 A 19 ANOS	4	-----	4	-----	4	-----	4	TOTAL	9	-----	9	-----	9	-----	9
DE 20 ANOS E MAIS	5	-----	5	-----	5	-----	5		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
GESTANTES/PUÉRPERAS	6	-----	6	-----	6	-----	6		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	9	-----	9	-----	9	-----	9		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

04 SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA			
ESPÉCIE	/	Nº DE ATENDIMENTOS	/
MÉDICOS	1	-----	1
ODONTOLÓGICOS	2	-----	2
TOTAL	9	-----	9

14 MOVIMENTO DO ESTABELECIMENTO (CONCLUSÃO)

TIPO DE VACINA		NÚMERO DE DOSES APLICADAS					EM GESTANTES
		SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES					
		MENORES DE 1 ANO	DE 1 A 4 ANOS	DE 5 A 14 ANOS	DE 15 ANOS E MAIS		
ANTIVARIÓLICA	01						1
BCG ORAL	02						2
BCG INTRADÉRMICA	03						3
ANTIPÓLIO (SABIN)	04						4
CONTRA SARAMPO	05						5
TRÍPLICE	06						6
ANTITETÂNICA / ANTIDIFTÉRICA	07						7
SÓ ANTITETÂNICA	08						8
SÓ ANTIDIFTÉRICA	09						9
	10						10
TOTAL	99						9

07 NASCIMENTOS OCORRIDOS NO ESTABELECIMENTO			
NASCIDOS VIVOS		1	1
ÓBITOS FETAIS		2	2

SERVIÇOS		Nº DE LEITOS EXISTENTES	PACIENTES / SAÍDA		PACIENTES / DIA
CLÍNICA MÉDICA	01				1
CIRURGIA	02				2
CANCEROLOGIA	03				3
DERMATOLOGIA SANITÁRIA	04				4
TISIOLOGIA	05				5
OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	06				6
NEUROLOGIA	07				7
GINECO - OBSTETRÍCIA	08				8
PEDIATRIA	09				9
PSIQUIATRIA	10				0
EMERGÊNCIA	11				1
TRAUMATO-ORTOPEDIA	12				2
OUTRAS ESPECIALIDADES	13				3
INDIFERENCIADOS	14				4
TOTAL	99				9

15 RECURSOS HUMANOS (PESSOAL OCUPADO EM 31-12-75)

01 COM NÍVEL DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO						
PROFISSÃO		TOTAL	SEGUNDO O REGIME DE TRABALHO			COM NÍVEL DE PÓS-GRADUAÇÃO
			INTEGRAL	PARCIAL	MESTRADO OU DOUTORADO	
MÉDICO	01					1
ODONTÓLOGO	02					2
ENFERMEIRO	03					3
FARMACÊUTICO	04					4
NUTRICIONISTA	05					5
ASSISTENTE SOCIAL	06					6
PSICÓLOGO	07					7
ESTATÍSTICO	08					8
VETERINÁRIO	09					9
ENGENHEIRO	10					0
TÉCNICO DE ADMINISTRAÇÃO	11					1
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	12					2
FISIOTERAPEUTA	13					3
TERAPEUTA OCUPACIONAL	14					4
OUTROS	15					5
TOTAL	99					9

02 COM NÍVEL TÉCNICO E/OU AUXILIAR (2º GRAU)				
PROFISSÃO		TOTAL	SEGUNDO O REGIME DE TRABALHO	
			INTEGRAL	PARCIAL
TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	01			1
TÉCNICO OPERADOR DE RAIOS X	02			2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	03			3
TÉCNICO DE SANEAMENTO OU INSPECTOR SANITÁRIO	04			4
AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	05			5
AUXILIAR TÉCNICO DE RAIOS X	06			6
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	07			7
AUXILIAR DE SANEAMENTO	08			8
AUXILIAR DE FISIOTERAPIA	09			9
AUXILIAR DE TERAPIA OCUPACIONAL	10			0
AUXILIAR DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	11			1
VISITADORA SANITÁRIA	12			2
OUTROS	13			3
TOTAL	99			9

03 COM QUALIFICAÇÃO DE 1º GRAU				
PROFISSÃO		TOTAL	SEGUNDO O REGIME DE TRABALHO	
			INTEGRAL	PARCIAL
ATENDENTE OU AUXILIAR OPERACIONAL DE SERVIÇOS	1			1
PARTEIRA PRÁTICA	2			2
VISITADORA SANITÁRIA	3			3
AUXILIAR DE SANEAMENTO OU GUARDA SANITÁRIO	4			4
OUTROS	5			5
TOTAL	9			9

04 PESSOAL ADMINISTRATIVO				
PROFISSÃO		TOTAL	SEGUNDO O REGIME DE TRABALHO	
			INTEGRAL	PARCIAL
ARQUIVO MÉDICO	1			1
SERVIÇO DE ESTATÍSTICA	2			2
ADMINISTRAÇÃO	3			3
SERVIÇOS GERAIS	4			4
OUTROS	5			5
TOTAL	9			9

16 MOVIMENTO FINANCEIRO

01 RECEITAS

DISCRIMINAÇÃO		VALOR (Cr\$)	
OPERACIONAL	1		1
INPS			
OUTRAS INSTITUIÇÕES DE PREVIDÊNCIA	2		2
PARTICULARES	3		3
ASSOCIADOS	4		4
OUTRAS	5		5
NÃO OPERACIONAL	6		6
ALUGUÉIS E ARRENDAMENTOS			
AUXÍLIOS E SUBVENÇÕES GOVERNAMENTAIS	7		7
DOAÇÕES	8		8
OUTRAS	0		0
TOTAL	9		9

03 INVERSÕES DE CAPITAL

TOTAL DOS INVESTIMENTOS	1	Cr\$	1
-------------------------	---	------	---

02 DESPESAS

DISCRIMINAÇÃO		VALOR (Cr\$)	
PESSOAL PRÓPRIO MÉDICOS	01		1
OUTROS PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	02		2
ADMINISTRATIVO	03		3
SERVIÇOS PROFISSIONAIS PRESTADOS POR TERCEIROS MÉDICOS	04		4
OUTROS PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	05		5
ADMINISTRATIVO	06		6
ENCARGOS SOCIAIS	07		7
MATERIAL DE CONSUMO, MEDICAMENTOS, GEN. ALIMENTÍCIOS	08		8
IMPOSTOS, TAXAS, CONTRIBUIÇÕES	09		9
FINANCEIRAS	10		0
GERAIS	11		1
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS			
DEMAIS DESPESAS GERAIS	12		2
TOTAL	99		9

17 OBSERVAÇÕES

18 AUTENTICAÇÃO

PARA PREENCHIMENTO E DEVOLUÇÃO À AGÊNCIA DE COLETA DO IBGE

ATÉ _____ / _____ / _____

EM DE DE 19.....

.....
(AGENTE DE COLETA)

RESTITUÍDO EM DE DE 19.....

DECLARA O SIGNATÁRIO NA CONDIÇÃO DE

..... DO ESTABELECIMENTO,

SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO.

.....
(RESPONSÁVEL PELAS DECLARAÇÕES)