

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>              |   |
| <i>CNES</i>                       | <i>Nome Fantasia do Estabelecimento</i> |
| <b>2039672</b>                    | CAPS III NOVO TEMPO - DIST SUDOESTE     |
| <i>TIPO DO ESTABELECIMENTO</i>    |   |
| 70-CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL |   |

**INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA**

| <i>Urgência/Emergência</i>            | <i>Quantidade</i> | <i>Leitos/Equipos</i> |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| <i>Ambulatorial</i>                   | <i>Quantidade</i> | <i>Leitos/Equipos</i> |
| 17-CLINICAS INDIFERENCIADO            | 3                 | 0                     |
| 18-OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS    | 8                 | 0                     |
| 25-SALA DE ENFERMAGEM - SERVICOS      | 1                 | 0                     |
| 29-SALA DE CURATIVO                   | 1                 | 0                     |
| <i>Hospitalar - Centro Cirurgico</i>  | <i>Quantidade</i> | <i>Leitos/Equipos</i> |
| <i>Hospitalar - Centro Obstétrico</i> | <i>Quantidade</i> | <i>Leitos/Equipos</i> |

**SERVIÇOS DE APOIO**

|  |         |
|--|---------|
| 01-SAME OU SPP-SERVICO DE PRONTUARIO DE PACIENTE | Próprio |
| 02-SERVICO SOCIAL                                | Próprio |

**SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**

|  |
|--|
| 115-SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / 002-ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL<br>Ambulatorial SUS / Hospitalar SUS / Tipo : Próprio<br>Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO           |
| 115-SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / 004-SERVICO RESIDENCIAL TERAPEUTICO TIPO I - SRT TIPO I<br>Ambulatorial SUS / Tipo : Próprio<br>Endereço no qual o serviço próprio é realizado : 0-PROPRIO |

**Comissões e Outros**

|   |
|---|
| 07-REVISAO DE PRONTUARIOS   |
| 08-REVISAO DE DOCUMENTACAO MEDICA E EST ATISTICA  |
| 11-NOTIFICACAO DE DOENCAS   |
| Turno de Atendimento: 06-ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO: INCLUI SABADOS DOMINGOS E FERIADOS) |

|   |             |  |             |
|---|-------------|--|-------------|
| <i>Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)</i>          | <i>Data</i> | <i>Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade</i>        | <i>Data</i> |
| <i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS</i> | <i>Data</i> | <i>Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS</i> | <i>Data</i> |